

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

595

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 juillet 1900, à 1 heure

PAR

Édouard DABASSE

Ancien externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES ULCÈRES

D'ORIGINE PHLÉBITIQUE

(Étude clinique)

Président : M. FOURNIER, Professeur

RÉMY, Professeur.

Juges : MM. DÉJERINE, Agrégé

GAUCHER, Agrégé

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23 25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 juillet 1900, à 1 heure

PAR

Édouard DABASSE

Ancien externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES ULCÈRES

D'ORIGINE PHLÉBITIQUE

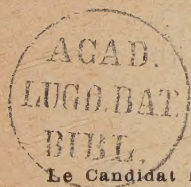
(Étude clinique)

Président : M. FOURNIER, Professeur.

RÉMY, Professeur.

Juges : MM. } DÉJERINE, Agrégé.

} GAUCHER, Agrégé



Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23 25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1900

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ GRANCHER.
	{ FOURNIER.
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies syphilitiques.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	{ TERRIER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

L'aimable témoignage de mon affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Durant nos derniers mois d'externat à l'hôpital Saint-Louis, il nous a été donné d'observer un grand nombre d'ulcères de jambe.

La plupart étaient dus aux varices ou à la syphilis, les autres relevaient de causes plus ou moins diverses. Parmi ces derniers, certains se sont manifestés à la suite de phlébites infectieuses chez des individus souvent indemnes de varices ou de syphilis.

Nous avons recueilli leurs observations et M. le professeur Fournier nous a conseillé d'en faire le sujet de notre thèse.

Ces ulcères, véritables ulcères phlébitiques, ne sont connus que depuis la communication de notre maître à la société de Dermatologie du 10 mars 1892. M. le Dr Gastou en a rapporté plusieurs observations et en a donné la symptomatologie dans divers comptes rendus. Il nous a été impossible de ne pas recourir à ces divers documents ainsi qu'à la thèse de M. le Dr Cormier sur les « Syphilides ulcéreuses simulant l'ulcère variqueux ».

N'ayant pas fait d'autopsie et n'ayant pas pratiqué

de biopsie, nous nous contenterons de faire simplement une étude clinique.

Nous exposerons l'**historique des ulcères en général**, nous donnerons ensuite la **définition de l'ulcère phlébitique**, son **étiologie**, sa **pathogénie**, sa **symptomatologie**, son **diagnostic**, son **traitement**, nous terminerons par les **conclusions**.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous avons un agréable devoir à remplir envers ceux qui ont contribué à notre éducation médicale.

Après avoir appris les premiers éléments de clinique auprès des maîtres de la Faculté et des hôpitaux de Toulouse, nous avons eu l'heureuse fortune de terminer notre stage à Paris dans le service de M. LE PROFESSEUR JACCOUD. Nous n'oublierons jamais ce que nous devons à son enseignement au lit du malade.

Auprès de lui, nous avons connu M. LE D^r THIROLOIX, aujourd'hui professeur agrégé à la Faculté. Il a été pour nous un guide bienveillant, nous tenons à l'assurer de notre inaltérable gratitude pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

Nous nous félicitons d'avoir été l'externe de M. LE PROFESSEUR BUDIN, à son école nous avons appris à aimer l'art des accouchements, cette branche si intéressante de la médecine.

Toutes les notions chirurgicales que nous pouvons posséder, nous les devons à M. LE D^r LYOT, chirurgien à l'hôpital Beaujon. L'année, que nous avons passée dans son service, nous a permis de retirer un très grand parti de son enseignement pratique.

Nous garderons le meilleur souvenir de M. LE D^r ED. FOURNIER chef de clinique, qui nous a initié au diagnostic si délicat des manifestations syphilitiques et des affections cutanées.

Nous adressons tous nos remerciements à M. LE D^r GASTOU chef de laboratoire à la Faculté. Pendant les recherches auxquelles nous nous sommes livrés, nous avons eu l'occasion de mettre à profit ses judicieux conseils. Nous lui devons les photographies, dont les reproductions figurent à la fin de notre travail.

M. LE PROFESSEUR FOURNIER nous a fait l'honneur de nous admettre dans son service pour y terminer nos études. Après nous avoir inspiré le sujet de notre thèse, il a bien voulu en accepter la présidence. Nous le prions d'agréer l'assurance de notre respectueuse reconnaissance.

HISTORIQUE

De tout temps on a connu les ulcères, mais leur nature a été mal interprétée jusqu'à la fin du siècle dernier.

Leur siège, leur dimension, leur profondeur, leur cause, la qualité de leurs bords étaient les bases de toutes les classifications anciennes ; les gangrènes, les fongosités, qui pouvaient se montrer dans toutes les variétés, formaient des espèces distinctes.

Pour de Lamotte et Petit, l'ulcère était une solution de continuité de laquelle découlait du pus, de la matière puriforme, sanieuse ou autre.

Avec Benjamin Bell, commence l'histoire vraiment scientifique de cette affection. Cet auteur a eu l'honneur de débrouiller le chaos qui existait avant lui.

Aux ulcères atoniques, gangréneux, œdémateux, fongueux, il a substitué les ulcères de cause locale (ulcère purulent simple, vicié simple, fongueux, sinueux, calleux, carieux, cancéreux, cutané ou dartreux) et les ulcères de cause générale (ulcère vénérien, scorbutique, scrofuleux).

Le même plan se retrouve dans les classifications de Boyer, Blandin et Richerand.

Delpech n'admettait que les ulcères diathésiques (vénériens, scrofuleux, scorbutiques, dartreux) ; les causes locales intervenaient dans une certaine mesure : « on voit, disait-il, des ulcères vénériens, une affection dartreuse se développer à propos d'une blessure, soit dans le sein même de celle-ci, soit dans ses environs ». Boyer avait été plus précis en parlant des causes externes et internes : « Quelquefois même, avait dit cet auteur, ces deux genres de causes se trouvent réunies dans un ulcère, circonstance d'autant plus importante à considérer, qu'on aurait vainement combattu le vice intérieur, si l'on ne songeait pas en même temps au vice local, qui peut encore entretenir pendant longtemps la solution de continuité et la rendre même incurable malgré la destruction du vice général ».

Dans sa thèse d'agrégation, Rigaud distinguait les ulcères spécifiques (syphilitiques, tuberculeux, scrofuleux) et les ulcères idiopathiques (simples, variqueux).

En 1840, les auteurs du compendium de Chirurgie les ont divisés en trois groupes.

« 1^o Les ulcères symptomatiques coëxistant avec une altération plus grave qu'eux-mêmes dont ils dépendent et dont ils sont souvent un accident, un symptôme ; telles sont les solutions de continuité entretenues par une carie, une nécrose, un corps étranger, l'exfoliation d'un tendon ; celles qui succèdent à l'élimination d'une eschare gangréneuse, à la rupture d'une veine variqueuse ou qui s'établissent à la surface d'un cancer ;

2^o Les ulcères généraux de Bell et Boyer ; ceux qui se rattachent à quelque disposition vicieuse de la constitu-

tion, à quelque diathèse (ulcère vénérien, scrofuleux, scorbutique, dartreux, teigneux, psorique, morveux);

3^o Les ulcères simples qui ne se rattachent pas comme symptômes à une affection locale coëxistante, et qui d'un autre côté ne reconnaissent point pour cause une altération bien déterminée de la constitution ».

Le rapport des varices avec les ulcères, inconnu des anciens, mal interprété par B. Bell. était entrevu depuis les travaux de Spender, mais on ignorait la possibilité des varices profondes.

Delpech y avait bien songé et Gendrin avait insisté sur la gravité des varices rompues.

Dans ces cas, disait-il : « les hémorrhagies sont abondantes, car le sang vient en abondance des veines profondes communiquant avec le réseau superficiel extrêmement dilaté.

Ces idées ne furent pas acceptées, car Jousseauime écrivait en 1852 : « Les ulcères des membres par l'irritation chronique qu'ils causent, déterminent presque toujours des varices de voisinage ; la dilatation des veines profondes ne peut être admise que par analogie ; vouloir s'en occuper serait entreprendre une chose presque impossible et du reste fort inutile ».

Il faut arriver à Verneuil pour trouver des notions exactes sur l'importance des varices profondes.

En 1855, cet éminent chirurgien démontra par la dissection, que la phlébectasie débute par les veines profondes, qu'elle est toujours bilatérale quoique inégalement développée des deux côtés. N'étant pas de l'avis de Spender, il admettait encore les varices consécutives à l'ulcère.

Six ans plus tard, ayant appris par la clinique les signes des varices profondes, il put constater que les membres qui présentaient ces symptômes étaient le siège d'éruptions diverses, points de départ des ulcères variqueux.

Les chirurgiens de son époque ne furent pas tous convaincus. Follin croyait encore aux varices causées par les ulcères et Lafage décrivait l'ulcère variqueux consécuteur.

Gaudard combattit les théories de Follin et plus tard, les nombreuses thèses qui parurent sur ce sujet devaient confirmer les théories de Verneuil.

Auzilhon fut un des premiers à démontrer l'influence du système nerveux. Séjournet, remarquant les altérations des sensibilités tactiles et thermiques dans les membres variqueux, remonte à une cause générale. Il invoque : « le rôle influent des troubles trophiques intimement liés à l'existence des troubles de la sensibilité ». Dans un mémoire de M. Reclus en 1879, on trouve une note de Gombaut où est signalée une névrite interstitielle des filets voisins de l'ulcère, mais leur importance pathogénique est démontrée plus tard par M. Quénu.

Les varices capillaires des nerfs produisent une véritable névrite, origine des troubles fonctionnels.

Quelques années auparavant, Marciano avait décrit les ulcères chez les individus atteints d'affection organique du cœur. Pallenc avait montré la coïncidence de l'ulcère variqueux avec l'athérome artériel. En 1877, Cartaz faisait remarquer que les ulcères dits simples devenaient de plus en plus rares, les uns semblant tenir à une lésion cardiaque, les autres à une affection nerveuse.

Toutes ces études sont reprises dans la thèse de Schreider. Les ulcères idiopathiques et variqueux sont dûs à l'altération des troncs nerveux survenant sous l'influence de la sclérose générale qui peut envahir tous les tissus. Cette sclérose serait provoquée par des troubles vasculaires préexistants, la dégénérescence athéromateuse des artères serait une cause adjuvante. Dans la même année, Gauvin remarque que les ulcères variqueux apparaissent chez les arthritiques et les classe parmi les ulcères diathésiques.

Gilson insiste sur le rôle de l'athérome artériel, étudié avec soin par MM. Arnozan et Boursier dans deux observations parues en 1882 et 1884.

Dans sa thèse inaugurale sur les lésions cutanées des membres variqueux, M. Broca est de l'avis de Gilson pour les lésions concomitantes artérielles et nerveuses, mais il pense que les varices jouent un grand rôle dans ce processus pathologique. « La gêne de la circulation en retour, dit-il, est probablement le fait principal, dans la production des infiltrations, des épaissements, des dégénérescences plus ou moins éléphantiasiques dont se compliquent les ulcères variqueux ».

C'est en partant de ces données, que l'on regarde aujourd'hui les « lésions variqueuses » comme la localisation à la peau et aux tissus sous-jacents des membres inférieurs d'une maladie générale (la vasculo-sclérose) qui serait sous la dépendance de l'arthritisme.

Les auteurs, que nous avons cités le long de cet historique, n'ont fait aucune mention des ulcères phlébiti-

ques. Dans tous les traités, les ulcères sont divisés en ulcères diathésiques, et en ulcères de cause locale, (symptomatiques; simples). Les ulcères simples, dont la cause est inconnue, doivent diminuer avec les progrès de la clinique et de l'anatomie pathologique. On a déjà remarqué que certains étaient symptomatiques d'une altération des veines et des nerfs, on les a dénommés ulcères variqueux, ulcères trophiques. M. Broca a décrit en 1889, les ulcères phlébitiques variqueux. Depuis la communication de M. le professeur Fournier à la Société de Dermatologie du 10 mars 1892, nous savons qu'il existe des ulcères métatypiques. On s'est bientôt aperçu que toute infection compliquée de phlébite pouvait engendrer des ulcères chez des individus non variqueux et on les a dénommés ulcères phlébitiques.

M. le Dr Cormier en a rapporté un certain nombre d'observations; dans sa thèse inaugurale de 1897, il leur consacre un chapitre spécial. Vers la même époque, M. le Dr Gastou a exposé leurs caractères dans certains articles de la Presse Médicale et des Annales de Dermatologie. Ce sont ces ulcères non syphilitiques, non variqueux qui feront l'objet des chapitres suivants,

DÉFINITION

L'ulcère phlébitique est une perte de substance des téguments, présentant peu de tendance à la cicatrisation, et survenant dans le cours et surtout à la suite de toute infection compliquée d'une inflammation veineuse.

Nous nous occuperons principalement dans cette étude du processus ulcéreux aigu déterminé par les phlébites infectieuses. Que l'infection se soit annoncée par des manifestations générales ou qu'elle se soit localisée seulement sur la veine, les résultats sont identiques. Cependant, il faut le reconnaître, dans l'immense majorité des cas de phlébite spontanée, nous sommes en présence d'individus variqueux. La phlébite ne fait alors que précipiter l'apparition de l'ulcère, elle ne le provoque pas d'emblée; les tissus étant déjà atteints dans leur nutrition par leur circulation et leur innervation défectueuses. A la suite des maladies infectieuses, chez les individus variqueux, on peut voir se produire les mêmes phénomènes.

Aussi, après avoir étudié l'étiologie et la pathogénie des ulcères phlébitiques chez les individus indemnes de varices, nous étudierons rapidement l'étiologie et la pathogénie des ulcères phlébitiques variqueux.

Les phlébites chroniques, de nature infectieuse encore indéterminée seront laissées de côté. Leurs rapports avec les lésions scléreuses des veines sont trop peu connus, pour nous permettre d'entreprendre l'étude des ulcères qui peuvent leur succéder.

ETIOLOGIE

CAUSE EFFICIENTE

Les phlébites infectieuses sont la véritable cause, la cause efficiente des ulcères phlébitiques.

Quand une infection survient, les microbes et leurs toxines ont une tendance naturelle à se localiser plus souvent sur les veines que sur les artères.

Cette tendance, qui s'exagère quand la paroi est préalablement altérée, existe tout de même à l'état normal. Les individus qui font des phlébites ne sont pas tous atteints de cette maladie des veines que l'on a désignée sous le nom de phlébosclérose. L'infection aime les veines car la circulation sanguine y est très lente, et si elle se localise de préférence aux veines des membres inférieurs, c'est qu'à ce niveau la stase sanguine y est encore plus marquée. Ces dernières placées à la limite d'action des forces d'impulsion et d'aspiration thoracique constituent les points morts de la circulation (Lanceraux). Sur leur trajet, elles présentent un grand nombre de valvules, véritables points où les microbes charriés par le sang doivent s'arrêter.

Tout individu infecté peut donc faire une phlébite et consécutivement des ulcères. Nous les avons observés à la suite de la fièvre typhoïde, de l'infection puerpérale et de la pneumonie. On les avait déjà signalés à la suite de ces mêmes maladies, et à la suite de la grippe, de la scarlatine et des fièvres intermittentes. Nous croyons que toute phlébite infectieuse, qu'elle soit médicale, chirurgicale ou puerpérale peut en être la cause.

Les maladies infectieuses (fièvre typhoïde, grippe, scarlatine, pneumonie, rhumatisme, paludisme, blennorrhagie, amygdalite, diphthérie, érysipèle), les états cachectiques (tuberculose, cancer), les états constitutionnels (chlorose, goutte), peuvent produire le même processus pathologique.

Il en est de même de l'infection puerpérale, des plaies septiques des veines, des opérations septiques sur les organes génitaux de la femme et des suppurations prolongées.

En dehors de ces infections, il y en a : « de nature encore indéterminée, capables d'affecter presque exclusivement le système veineux chez certains individus prédisposés ». Vaguez. D'après les auteurs qui les ont étudiées, elles provoquent des phlébites dites spontanées chez des individus probablement variqueux.

Il serait intéressant de savoir si cette prédisposition de l'individu réside toujours dans la varicose.

Pour que l'infection se localise en un seul point de l'organisme, il faut évidemment une cause, mais souvent elle nous échappe et dans ce cas, il n'est pas toujours permis d'incriminer les varices. En suivant le malade, on

peut quelquefois éclairer cette étiologie. Un individu, arthritique par exemple, mais paraissant indemne de varices fait une phlébite, puis un ulcère ayant la symptomatologie et l'évolution d'un ulcère variqueux ; dans ce cas, il n'y a pas de doute, la phlébite a été variqueuse ; elle n'a fait que précipiter le processus ulcéreux. Mais si cet individu n'a pas de varices superficielles, s'il ne présente aucun des petits signes des varices profondes, et s'il fait un ulcère semblable par son évolution et sa symptomatologie à l'ulcère phlébitique, nous devons le considérer comme tel. L'infection s'est établie sur la veine parce qu'elle était un lieu de moindre résistance, mais sûrement elle n'était pas variqueuse. L'observation XI vient à l'appui de ce que nous venons d'avancer : elle nous montre un individu non variqueux faisant un ulcère vingt jours après une phlébite spontanée.

CAUSES ADJUVANTES

Les microbes et les toxines infectieuses ne sont pas toujours suffisantes pour déterminer les ulcères.

Ces derniers s'observent de préférence dans la clientèle des hôpitaux, chez les gens miséreux.

Les causes débilitantes, tout excès, tout changement de régime, les fatigues prolongées favorisent leur apparition. L'âge ne joue pas un grand rôle, comme les phlébites infectieuses, les ulcères apparaissent à n'importe quelle période de la vie.

Les hommes y sont plus sujets que les femmes et si ce

n'était l'infection puerpérale, nous les observerions rarement chez ces dernières.

Nous en trouvons la raison dans les travaux pénibles auxquels se livrent les hommes et dans le plus grand soin que les femmes ont de leur personne.

Certaines professions (laquais, débardeurs, cuisiniers, soldats, garçons de café, etc.) en favorisant la stase sanguine deviennent des causes adjuvantes.

La jambe gauche est plus souvent atteinte, parce qu'elle est plus souvent le siège de la phlébite ; elle est aussi plus exposée aux violences extérieures et présente des dispositions anatomiques spéciales.

Une des causes adjuvantes les plus importantes réside dans le traumatisme. Souvent c'est une simple contusion, parfois c'est une plaie, une brûlure, une application intempestive d'un caustique quelconque, qui deviennent le point de départ de l'ulcère. Il n'est pas rare que le grattage et que les froissements produits par les vêtements puissent le déterminer. En un mot, la jambe atteinte de phlébite est malade et la moindre cause deviendra le point de départ des accidents.

PATHOGÉNIE

Toutes les phlébites infectieuses n'ont pas la même évolution. Tantôt il n'y a presque pas de symptômes du côté de la veine, l'état infectieux domine et l'individu guérit s'il n'est pas emporté par une complication quelconque. Tantôt sous l'action du processus septique qui l'a déterminée, la phlébite devient la cause d'une inflammation suppurative. Le membre est envahi par des phlegmons, des abcès, des lymphangites suppurées. Les tissus malades ne peuvent plus bourgeonner pour combler les pertes de substance, l'œdème favorise l'ulcération qui pourra persister longtemps.

Parfois l'inflammation restera limitée au pourtour de la veine, il se formera de la périphlébite qui dégénérera quelquefois en ulcère.

Le plus souvent, la veine seule restera victime du processus infectieux ; si l'évolution a traîné un peu en longueur les grosses veines seront intéressées, mais si l'évolution a été rapide les petites veines seront seules oblitérées. C'est à la suite de la phlegmatia alba dolens et surtout à la suite de la phlébite des petites veines que

l'on observe habituellement les ulcères. Ces dernières, qui passent quelquefois inaperçues, retentissent, en effet, plus directement sur la vitalité des éléments anatomiques et se trouvent souvent à l'origine des œdèmes chroniques.

Quoiqu'il en soit, *phlegmatia alba dolens* et phlébite des petites veines, semblent intervenir toutes les deux dans la production des troubles contemporains et consécutifs. Tandis que certains individus présentent une impotence fonctionnelle, des fourmillements passagers, des crampes plus ou moins vives après une marche forcée, des névralgies sciatiques et crurales; d'autres présentent des troubles trophiques pendant la convalescence ou à la suite de leur état infectieux.

Le cours du sang se trouvant entravé du fait de la phlébite, la pression s'exerce dans toute la circonscription de la veine, la tension se traduit par une transsudation de la partie séreuse du sang et son infiltration dans les mailles du tissu cellulaire. A l'œdème mou qui atteignait presque exclusivement le tissu cellulaire sous-cutané fait suite un œdème qui intéresse progressivement les couches profondes du derme et qui aboutit à l'éléphantiasis. Le purpura est un phénomène qui n'est pas exceptionnel, les ecchymoses sont rares parce que l'empâtement œdémateux comprime les vaisseaux de dehors en dedans et les soutient contre l'effort du sang. Les phlyctènes ont été signalées par Eickhorst, elles ont entraîné parfois les ulcérations cutanées et même la gangrène.

Tous ces troubles siègent sur le membre atteint de

phlébite, mais ne sont pas toujours en rapport avec l'oblitération de la veine. En vertu des troubles vasculaires reflexes, ils peuvent apparaître sur le membre opposé devenu le siège de l'œdème. Ce dernier est souvent considérable alors que la veine principale est libre et que les collatérales sont obstruées.

Son rôle dans la production des troubles trophiques a été étudié par MM. Ranvier et Renault. Pour ces auteurs, la sérosité infiltrée a une action purement mécanique sur les cellules connectives : « les cellules graisseuses subissent la dégénérescence granuleuse, les vaisseaux sanguins et lymphatiques se dilatent, les gaines celluluses des vaisseaux et des nerfs elles-mêmes, sont infiltrées. »

Ces lésions expliquent une profonde altération des tissus de la jambe, mais n'expliquent pas les troubles nerveux. Verneuil et Gombaut sont dans le même cas, quand ils attribuent l'altération des troncs nerveux à la compression exercée par les veinés malades avoisinantes. Avec cette hypothèse, on se rend compte de certaines lésions des nerfs accolés aux veines enflammées, mais on ne peut comprendre les troubles nerveux à distance.

Klippel les attribue avec plus de raison à des lésions nerveuses manifestes dues à l'action dénutritive et irritative de la sérosité de l'œdème.

Il se produit une véritable névrite qui aboutit à la destruction partielle d'un certain nombre de tubes nerveux qui ne sont plus représentés que par leur gaine de Schwann vide; alors que d'autres, moins altérés

présentent une fragmentation de la myéline avec persistance du cylindraxé.

Il se passerait là une action analogue à celle signalée par Pitres et Vaillard dans leurs études sur les altérations nerveuses au contact des liquides irritants.

Après cette recherche méthodique de l'état des nerfs dans les œdèmes des phlébites, l'auteur en explique la pathogénie. Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ses conclusions recueillies dans les Archives de Médecine de 1889.

« Dans les membres œdématiés, il y a de la stase veineuse et une augmentation de pression dans le système capillaire en général (Ranvier). En même temps il y a ischémie artérielle. Dans ces conditions la nutrition s'opère d'une façon défectueuse, les matériaux nutritifs étant apportés d'une façon insuffisante et le sang ayant servi aux tissus n'étant plus renouvelé comme à l'état normal.

Le liquide œdémateux s'interpose entre les capillaires et les tubes nerveux et empêche de ce fait la nutrition normale de ces derniers.

La composition chimique des sérosités œdémateuses, variable du reste suivant leur siège (Schmidt) et probablement suivant la maladie, n'a pas en effet la même composition que le sérum du sang et de fait n'a pas ses propriétés physiologiques.

Il est possible que le tissu de la gaine des nerfs, qui est infiltré, devienne le siège d'un état phlogosique ou inflammatoire.

Il paraît assez logique d'admettre un état inflamma-

toire comme cause de l'altération des nerfs dans la phlegmatia alba dolens. Là, en effet, il faut invoquer un processus local comme la maladie elle-même. De plus dans la phlegmatia il y a des douleurs vives, qui manquent dans les œdèmes et qui sont bien plus en rapport avec un processus irritatif qu'avec une dégénérescence.

Nous pensons donc que l'irritation et l'inflammation du tissu des gaines des nerfs doit jouer un rôle dans les altérations des tubes nerveux quand il s'agit de phlegmatia alba dolens.

Il faut remarquer que ces conditions de stase, d'insuffisance du sang artériel, de sérosité improprie à la nutrition, d'état subinflammatoire s'appliquent non seulement aux nerfs, mais à tous les tissus du membre infiltré et comme conclusion que tous les tissus des parties œdématisées doivent se trouver plus ou moins altérés ».

Ainsi pour Klippel, des troubles variables président aux troubles de la nutrition dans les membres œdématisés. Le tissu nerveux y participe, il traduit l'état de sa nutrition pathologique par des lésions dégénératives ou inflammatoires. Enfin il peut, quelquefois dans les cachexies, précéder et favoriser la production des œdèmes.

M. Quénu a donné encore une explication plus plausible de ces altérations. L'inflammation, d'après lui, se propage jusque dans les veines des nerfs voisins, sciatique et crural, et y détermine de la phlébite et de la névrite consécutives. Les altérations veineuses, en effet, s'étendent plus loin qu'on ne le pense; elles atteignent les petites veines des nerfs aussi bien que les veines intra-

musculaires, déterminant ainsi une phlébite des vasonervorum. Les veines sont les premières en cause, elles déterminent l'altération des nerfs et consécutivement des troubles trophiques. Cette théorie plus acceptable que celle de Klippel cadre mieux avec les troubles observés dans les phlébites. Elle nous permet d'expliquer les phlébites névralgiques dans lesquelles la veine est souvent peu intéressée.

En résumé concluons avec M. Vaquez : « Il nous paraît acquis, quelle que soit l'explication pathogénique que l'on adopte, que la gêne circulatoire déterminée par la phlébite n'est pas par elle seule capable de nous rendre compte de tous les accidents précoces et tardifs. L'irritation commence par le système veineux, elle se propage et se continue par le système nerveux.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DES ULCÈRES PHLÉBITIQUES VARIQUEUX.

Tandis que les ulcères phlébitiques proprement dits relèvent du même processus que les autres troubles phlébitiques, il n'en est pas de même des ulcères phlébitiques variqueux.

Ici l'étiologie et la pathogénie sont plus complexes. Si l'infection en est toujours le point de départ, on ne peut nier que l'apparition primitive des varices n'ait déjà préparé le terrain.

Ces dernières ont été un point d'appel pour l'infection. De concert avec la phlébite elles entraînent l'ulcère, tandis que par elles-mêmes elles ne l'auraient entraîné

que dans un temps plus ou moins éloigné, par leur dilatation progressive et chronique.

La phlébite variqueuse est en effet une cause commune des ulcères de jambe. Vidal de Cassis a reconnu que la phlébite et la périphlébite peuvent les déterminer. Dans sa thèse inaugurale, M. Broca, nous rapporte une observation de Lallier, dans laquelle on voit un ulcère débutant par une pustule superficielle alors que la phlébite variqueuse paraissait profondément située. Dans son excellente monographie publiée dans la Revue de chirurgie, il nous montre encore des ulcères dûs à des phlébites ampullaires. Elles débutent, dit l'auteur, par des taches violacées auxquelles succèdent un bouton puis une ulcération.

Cazin avait déjà remarqué que les ulcères rares chez les femmes enceintes atteintes de varices étaient plus fréquents lorsque les veines avaient été frappées de phlébite.

Ainsi tous les auteurs s'accordent à reconnaître, que la phlébite et la varicose peuvent associer leurs effets chez un même individu.

Cette association morbide comporte une pathogénie complexe.

Les varices ont déjà préparé le terrain pour toutes les altérations trophiques. Un œdème mou, subcontinu peut avoir été produit par les troubles circulatoires. Il n'est pas rare de trouver quelquefois un œdème dur chronique éléphantiasique.

Les nerfs altérés par les varices des vaso-nervorum ont subi une sclérose à la fois intra et extra-fasciculaire.

Ainsi, sous la dépendance d'un état général, les veines, les nerfs et même les artères ont été intéressés. « Toutes ces lésions ont amené les tissus profonds et superficiels de la jambe à la sclérose et à un degré minime de vitalité. »

C'est dans ces conditions, sur ces tissus plus ou moins affaiblis, que s'établit le processus phlébitique.

L'œdème apparaît s'il n'existait déjà, et par l'intermédiaire de la phlébite des vaso-nervorum il se produit des altérations nerveuses dont le mécanisme a déjà été étudié au chapitre précédent.

Sur ces membres doublement altérés par la varicose et la phlébite, la plus petite cause déterminante deviendra le point départ de l'ulcère.

La même pathogénie nous permet de nous rendre compte de certains ulcères dont les observations sont rapportées à la fin de notre thèse. Un individu, par exemple, paraissant indemne de varices fait une infection quelconque compliquée de phlébite ; des varices se montrent immédiatement après elle et les ulcères suivent. Est-on dans ce cas en présence d'une phlébite variqueuse profonde qui a déterminé des varices superficielles et consécutivement des ulcères ? Ou bien varices et ulcères sont-ils sous la dépendance de la phlébite infectieuse ?

La première hypothèse admise par tous les auteurs se réalise fréquemment, elle nous fait assister à l'évolution d'une simple phlébite variqueuse, qui aboutira à l'ulcère par le mécanisme que nous venons d'indiquer.

Cependant la seconde hypothèse se réalise quelquefois,

les varices peuvent relever directement de la phlébite. Le fait n'est plus douteux aujourd'hui, on l'a constaté depuis quelque temps. Les observations relatées dans la thèse de Marinco nous montrent des varices consécutives à des phlébites puerpérales et rhumatismales. Plusieurs cas semblables ont été signalés par les auteurs et en particulier par M. Vaquez.

Dans un membre atteint de phlébite adhésive, la gêne de la circulation en retour détermine des dilatations veineuses. Dilatations et varices ne sont pas, il est vrai, synonymes, mais il n'y a pas de dilatation sans une distension des vaso-vasorum et par conséquent sans troubles nutritifs.

De plus les parois des veines sont malades, car les canaux sanguins ont été altérés pendant l'infection. C'est en circulant librement dans leur intérieur et en agissant par l'intermédiaire des vaso-vasorum que les microbes et les toxines ont pu les intéresser.

Aussi dans ces cas le processus phlébitique se trouve renforcé par le processus variqueux.

Nous trouvons ici comme dans les cas précédents une association morbide. Les membres se trouvent dans des conditions favorables pour l'ulcération, ils n'attendent qu'une cause déterminante quelconque.

SYMPTOMATOLOGIE

Le *début* des ulcères est très variable. Habituellement c'est une sorte de soulèvement bulleux, une phlyctène qui s'ouvre ; assez souvent on remarque des placards érythémateux, des taches rouges qui noircissent avant de s'ulcérer. Nous avons relevé quelquefois comme phénomène prémonitoire une pustule d'ecthyma, désignée par les malades sous le nom de bouton ou de croûte. Dans certains cas, rare en réalité, l'accident primitif peut passer inaperçu.

Quel que soit le point de départ, l'ulcère se constitue, il grandit, creuse en profondeur en se délimitant par des bords très nets.

Après avoir étudié son siège et sa configuration, nous passerons en revue son fond, ses bords, et ses régions avoisinantes.

Le *siège* est indifférent, l'ulcère n'a pas de localisation spéciale. On peut le rencontrer sur tous les points intéressés par la phlébite, habituellement sur les jambes, jamais sur les pieds, et quoiqu'il le fait n'ait pas été signalé

il est naturel de penser qu'il puisse se développer sur la cuisse.

Les deux jambes peuvent être intéressées à la fois (Observ. 3).

La **jambe** gauche est plus souvent atteinte que la jambe droite. Les **ulcères** s'observent fréquemment au niveau de sa malléole interne, nous les avons observés encore dans le tiers inférieur antéro-externe (Observ. 7, 9, 13) au tiers moyen (Observ. 1, 5, 11) au **mollet** (Observ. 7), au tiers supérieur (Observ. 3).

La jambe droite, nous l'avons déjà dit, n'est pas souvent atteinte, cependant l'observation 3 nous montre une jambe droite ulcérée dans sa partie supéro-externe et dans son tiers inférieur ; l'observation 10 nous montre encore une jambe droite ulcérée dans sa partie inféro-interne.

Tandis que l'ulcère variqueux est habituellement unique, l'ulcère phlébitique se caractérise par sa *multiplicité* (Observ. 1, 3, 5, 7, 8, 9, 12, 13).

Quoiqu'elle ne soit pas aussi marquée que celle des syphilides ulcéreuses, elle mérite cependant d'être signalée.

La *configuration* de l'ulcère phlébitique est tout à fait spéciale. L'ulcère plutôt rond qu'ovale est souvent d'une orbicularité parfaite. Ses dimensions varient de la grosseur d'une lentille à une pièce de cinq francs et même davantage. Quand il atteint une étendue assez considérable, il est formé par la coalescence de plusieurs ulcérations. On voit alors des formes irrégulières ou des figures géométriques aux angles arrondis et aux contours

serpigineux. Quand les ulcérations restent isolées, elles peuvent former des groupements plus ou moins réguliers : certaines d'entre elles peuvent se fusionner et les autres rester indépendantes.

Le *fond* est généralement peu excavé, cupuliforme, en godet. Sa couleur d'ordinaire rouge, peut être grisâtre dans certains cas. Jamais bourbilloneux, il est souvent suppuratif et toujours bourgeonnant. Ses bourgeons charnus peuvent donner quelquefois l'illusion d'une fausse membrane (Observ. 7, 11).

Les *bords* sont saillants, épais, circulaires, non décollés (Observ. 9, 10, 12) ou bien minces et décollés (Observ. 5, 11, 13).

Des fois ils forment un bourrelet blanchâtre, un ourlet surplombant le fond de la lésion (Obs. 11).

Les pentes sont déclives, souvent en pente douce (Observ. 3, 10), parfois elles sont taillées à pic comme dans la syphilis (Observ. 6, 8).

Tout autour les tissus légèrement altérés sont le siège de dermite et de pigmentation irrégulière; ils sont parfois couverts de taches purpuriques plus ou moins noirâtres. L'aréole inflammatoire, qui entoure l'ulcère à la façon d'un anneau, est toujours beaucoup plus étroite que celle des ulcères variqueux. On n'observe pas de pachydermite, les tissus très peu indurés présentent peu de troubles du côté de la sensibilité.

Les sensations tactiles sont toujours conservées ; la sensibilité à la douleur a été atteinte quand il y avait association de varices ; la sensibilité thermique a souvent été pervertie. Ordinairement les corps froids, tels que

verre, cuiller, appliqués sur les lésions, déterminent une sensation de chaleur.

Ces ulcères habituellement indolents sont parfois le siège de douleurs térébrantes surtout au début. La périphérie, siège de dermite, peut être douloureuse.

Les réflexes patellaires sont exagérés du côté atteint.

La dystrophie unguéale n'existe que chez les variqueux.

Si les ulcères phlébitiques n'ont aucun retentissement sur l'organisme, il n'en est pas de même de l'influence que l'état général peut exercer sur eux.

Les complications du côté de la santé générale réagissent sur l'état local. Les influences morales et les écarts de régime peuvent retarder la cicatrisation des ulcères. Tandis que le temps froid et humide est nuisible à leur évolution, la guérison est favorisée par un temps chaud et sec.

L'évolution est en général rapide ; quelques jours suffisent à son amélioration, cinq semaines sont plus que suffisantes pour la guérison complète. Quand cette dernière se fait trop attendre, il faut incriminer le mauvais état général, une hygiène mal comprise, des irritations ayant entraîné des lymphangites et des abcès.

D'un *pronostic* bénin, l'ulcère phlébitique non variqueux, n'entoure jamais le membre tout entier. On n'a pas encore signalé le phagédénisme et la gangrène.

Cependant il a une tendance très marquée à la *récidive* ; sous l'influence de la plus petite cause, il devient d'une chronicité désespérante.

Quand la guérison est obtenue, nous sommes en présence de *cicatrices*, d'aspect syphiloïde. Elles représentent

les dimensions de la lésion qui leur a donné naissance, elles en affectent la forme.

M. Hudelo nous a appris qu'elles avaient un pourtour pigmenté brunâtre, un centre plus pâle, un peu nacré et gaufré.

VARIÉTÉS. — Quelle que soit la cause qui leur ait donné naissance, les ulcères présentent les mêmes caractères.

La fièvre typhoïde, l'infection puerpérale n'ont pas imprimé un caractère particulier à leur évolution. Les ulcères post-pyrexiques ont une symptomatologie identique, car ils sont produits par une même cause. La phlébite, la thrombose, l'ulcère sont, en effet, des infections secondaires favorisées par la déchéance de l'organisme.

En présence d'une affection constitutionnelle, l'ulcère phlébitique se modifie ; quand il ne lui cède pas complètement sa place, son évolution devient moins typique. Les variqueux et les syphilitiques présentent des ulcères particuliers (phlébo-variqueux, phlébo-syphilitiques) à caractères plus ou moins tranchés.

Quand il y a association de *phlébite* et de *varices*, la zone périphérique de l'ulcère est plus large, la pachydermie est plus intense, on observe plus souvent de l'éléphantiasis.

Quand la *syphilis* vient joindre ses effets à ceux de la *phlébite*, le fond de la lésion devient bourbillonneux, les contours accusent leur orbicularité.

Enfin les *processus variqueux*, *syphilitique* et *phlébitique* peuvent se retrouver chez le même individu. Les

ulcères hybrides qui en résultent ressemblent alors à l'ulcère syphilitico-variqueux de Verneuil, à l'ulcère syphilo-variqueux bâtard de M. le professeur Fournier. Dans ce cas, il est impossible de faire la part de chaque affection, de dire ce qui appartient à la syphilis, à la varicose et à la phlébite.

DIAGNOSTIC

Les lésions ulcéreuses des membres inférieurs sont multiples et leur diagnostic est parfois des plus délicats.

De tout temps, on a insisté sur la difficulté qu'il présentait ; John Gay écrivait en 1878 : « Je ne pense pas qu'il existe une notion claire sur la distinction spécifique entre les ulcères variqueux et les autres ulcères de jambe et sur les moyens de la diagnostiquer ».

Cette difficulté provient de ce que les caractères objectifs classiques sont loin d'être toujours tous réunis chez le même malade. Souvent, il faut se contenter de nuances plus ou moins typiques, surtout quand diverses affections se combinent chez le même individu pour constituer les ulcères hybrides.

Aussi le diagnostic de l'œil, suivant l'expression de M. le professeur Fournier, sera quelquefois impuissant ; il faudra le compléter par un diagnostic étiologique consciencieux ; le diagnostic thérapeutique rendra de très grands services, si l'on est en droit de soupçonner la syphilis.

Après avoir étudié les *ulcères symptomatiques*, nous différencierons les *ulcères variqueux*, *sypilitiques* et *hybrides*, des *ulcères phlébitiques*.

Nous passerons ensuite en revue les *ulcères tuberculeux*, *cancéreux*, *scrofuleux*, et *diabétiques*. Les *ulcères trophiques*, et les *pyodermites* dont le diagnostic s'imposera dans certains cas, ne seront pas oubliés.

Nous terminerons en mentionnant les plus rares de tous les ulcères, c'est-à-dire les *ulcères lépreux* et les *ulcères des pays chauds*.

ULCÈRES SYMPTOMATIQUES

Le diagnostic s'impose dans l'immense majorité des cas. Au lieu de la phlébite comme phénomène étiologique, nous trouvons une *lésion sous-jacente*. L'examen nous permet de reconnaître un çal exubérant, un sarcome, un fibrome ou un lipome ; avec le stylet on découvre une carie, un corps étranger ou une fistule.

Le siège, le nombre, la configuration, la durée de ces ulcères ne présentent rien de particulier, ils dépendent de la cause qui leur a donné naissance.

ULCÈRE VARIQUEUX

Sa *localisation* n'est pas indifférente. Il s'observe au-dessous du niveau moyen de la jambe, la région malléolaire interne est son lieu de prédilection. Jamais le segment tout à fait supérieur de la jambe ne se trouve intéressé.

Débutant quelquefois par plusieurs ulcérations, il devient généralement *unique*, tandis que la multiplicité est la règle dans l'ulcère phlébitique.

Sa *configuration* n'est pas méthodique. Ses contours ne sont pas polycycliques.

Le *fond* presque toujours irrégulier, de couleur rouge brun sec, peut présenter des détritits grisâtres. Quand les bourgeons existent, ils sont peu vivaces.

Les *bords* épais, boursouflés, en bourrelet, souvent en biseau, sont rarement décollés.

La *zone périphérique*, pachydermique et maculeuse, est beaucoup plus accusée que dans l'ulcère phlébitique.

Elle s'étend à distance et peu même enlacer le membre tout entier. Cette surface indolore présente des troubles de la sensibilité au tact, à la douleur et à la chaleur.

Dans l'ulcère phlébitique la dermite est habituellement douloureuse, on note simplement de la perversion de la sensibilité thermique.

Si le membre atteint a déjà eu des poussées ulcéreuses on verra les *cicatrices* régulièrement pigmentées, ne pouvant prêter à la confusion avec les cicatrices syphiloïdes des ulcères phlébitiques.

Ces caractères seront suffisants pour établir le diagnostic, on pourra toujours interroger les malades, et apprendre s'ils ont eu une phlébite infectieuse.

Eczema variqueux. — L'eczéma variqueux secondaire, produit par l'irritation des liquides des ulcères variqueux, sera facilement reconnu. Quand il est primitif, il peut être confondu avec l'ulcère phlébitique. Comme ce der-

nier, il débute par des érosions arrondies, multiples, petites, remontant jusqu'à la partie moyenne de la jambe et pouvant prendre une marche serpigineuse. Il s'en distingue bientôt, car toutes ces ulcérations ne tardent pas à devenir coalescentes. Elles constituent alors un ulcère variqueux dont la périphérie est squameuse, suintante et prurigieuse.

ULCÈRES SYPHILITIQUES.

Quelques accidents secondaires de la syphilis (syphilides, érythémateuses, papuleuses, squameuses, vésiculeuses, bulleuses) envahissent de grandes étendues de surface cutanée, mais ne produisent pas d'ulcération.

Les syphilides pustuleuses (acnéiforme, impétigineuse), siègent habituellement sur la face, le cuir chevelu, le front et ne doivent pas nous intéresser.

Seules les syphilides ecthymateuses et les syphilides malignes précoces doivent être différenciées de l'ulcère phlébitique.

Ces dernières se caractérisent par la perte de substance de forme arrondie, à fond irrégulier, suppurant assez abondamment. Elles sont entourées par les restes du néoplasme sous forme de bordure rouge, saillante, manifestement infiltrée. Leur présence en d'autres régions du corps, les croûtes épaisses et stratifiées qui les recouvrent permettent de ne pas les confondre avec l'ulcère phlébitique.

Les **syphilides ecthymateuses** superficielles et bénignes peuvent dégénérer en ulcère nettement creusé.

Arrondies, polycycliques elles se distinguent des ulcères phlébitiques par leur plus grande *multiciplité*, leurs *bords* taillés à pic, leur *fond* formé par une masse jaune filamenteuse.

D'ailleurs les *accidents secondaires concomitants* et parfois l'accident primitif mettent sur la voie du diagnostic.

De tous les accidents syphilitiques, les ulcérations de la période tertiaire, sont celles qui se rapprochent le plus de l'ulcère phlébitique. Les syphilides ulcéreuses, gommeuses, tuberculo-ulcéreuses et dans quelque cas l'ulcus élvatum tertiaire peuvent prêter à la confusion.

Dans les **syphilides ulcéreuses**, nous trouvons un *siège* beaucoup plus indifférent, le segment rotulien est quelquefois envahi; on n'a pas encore signalé le fait avec les ulcères phlébitiques.

La *multiplicité* est plus grande, la *configuration* plus méthodique. L'orbicularité, les arceaux conjugués, les contours polycycliques sont d'une netteté parfaite.

Le *fond* surtout est caractéristique, il est bourbillonneux et présente souvent une eschare charnue; dans le cas contraire il est enduit d'une bouillie crêmeuse jaune.

Au lieu de *bords* plus ou moins décollés, l'ulcère syphilitique ulcéreux présente des bords durs, adhérents, à pic, entaillés au bistouri.

La *zone périphérique* d'infiltration est encore moins étendue que dans l'ulcère phlébitique, elle n'est pas le siège de troubles sensitifs.

Ces ulcères sont rarement douloureux, tandis que la douleur est fréquente dans les ulcères phlébitiques.

Les **syphilides gommeuses** et **tuberculo-ulcéreuses** présentent les mêmes caractères différentiels.

Cependant le diagnostic est bien facilité, quand on a appris que la lésion a débuté par une tumeur développée dans les tissus sous-dermiques, qu'elle a envahi la peau couche par couche et qu'elle est venue s'ouvrir à la surface. Dans ce cas, il n'y a pas de doute, on est en présence d'une perforation arrondie, profonde, cratériforme, c'est-à-dire d'une gomme.

Les croûtes dures, stratifiées, en forme de patelle ou d'écaille d'huître feront penser aux syphilides tuberculo-ulcéreuses. Elles sont brunâtres et parfois enchassées dans les lésions comme des verres de montre.

L'**ulcus elevatum tertiaire** ne pourra être confondu avec l'ulcère phlébitique. Le fond de la solution de continuité végétale ici d'une façon inaccoutumée ; il en résulte une tumeur indolente « à surface recouverte de bourgeons d'assez bonne apparence, à base adhérente aux parties sous-jacentes ferme, élastique », tout à fait caractéristique.

Les syphilides tertiaires guérissent rapidement et sont sujettes aux récidives. Il n'est pas rare d'observer avec les lésions actuelles, des cicatrices, vestiges des lésions anciennes. Elles ressemblent aux cicatrices des ulcères phlébitiques, elles sont cependant plus nombreuses, leur centre est plus blanc et le liseré se trouve plus pigmenté.

ULCÈRES HYBRIDES

Souvent les varices et la syphilis s'unissent chez le même individu pour constituer l'**ulcère syphilitico-**

variqueux. On y trouve la majeure partie des caractères syphilitiques, mais on ne les voit pas au complet. Tantôt, c'est un *bord* qui n'est pas taillé à pic, tantôt c'est un *contour* irrégulier. Dans quelque cas, le *fond* n'est pas celui de l'ulcère gommeux, parfois la *périphérie* n'a pas l'aspect syphilitique, elle est le siège d'une dermite intense.

Avec des caractères aussi variables, il est parfois difficile de porter un diagnostic affirmatif.

L'ulcère phlébitique peut se reconnaître seulement à son siège moins indifférent, à son fond rouge pâle, non bourbillonneux, cupuliforme, mais ses caractères ne sont pas suffisamment démonstratifs.

Il faut rechercher les *antécédents* variqueux et syphilitiques. Ce n'est qu'en leur absence, et à la suite de l'inefficacité du traitement spécifique, qu'on pourra affirmer la nature d'un ulcère qui aura succédé à une phlébite, complication d'une maladie infectieuse.

Quand la **varicose**, la **syphilis** et la **phlébite** se sont alliées pour produire l'ulcère, le diagnostic devient impossible. On retrouve les caractères objectifs de l'ulcère syphilitico-variqueux.

En interrogeant le malade, on apprend que la phlébite est en cause, mais on ne peut lui attribuer la véritable part qui lui revient dans le processus ulcéreux.

ULCÈRES TUBERCULEUX

La **tuberculose miliaire ulcéreuse** s'observe rarement aux membres inférieurs. Elle *siège* de préférence au

niveau des orifices naturels chez les individus atteints de tuberculose viscérale. Les lésions peuvent être *multiples*.

De *formes* variables, les ulcérations sont tantôt circulaires, tantôt sinueuses, souvent polycycliques. Elles ont des *bords* un peu indurés, de coloration rougeâtre, parfois livide; presque toujours taillés à pic, il est exceptionnel qu'ils soient décollés. Leur *fond* et leur *périphérie* parsemés de ganulations tuberculeuses les distinguent des ulcères phlébitiques.

La douleur est la règle et s'il n'y a pas de douleur spontanée, la pression et les mouvements de la région atteinte la font naître.

Les ganglions correspondants sont intéressés, ils sont petits, durs et ne suppurent que très exceptionnellement. Les **gommés tuberculeuses** *siègent* de préférence sur le cou et le visage, on les observe quelquefois sur les membres inférieurs. Quelles soient cutanées ou sous-cutanées leur début permet de les reconnaître.

Elles ont donné issue à un liquide tantôt sanguin, tantôt jaunâtre, quelquefois filant et visqueux.

Ces ulcérations irrégulières sont souvent plus larges au niveau de leur fond que de leur orifice, elles forment alors des clapiers. Quand elles sont à ciel découvert, elles se recouvrent de croûtes épaisses grisâtres ou noirâtres. Leur réparation est très lente.

Les *bords* décollés, bleuâtres et amincis, le *fond* atone de ces ulcères ne ressemblent nullement aux bords réguliers et au fond bourgeonnant et vivace de l'ulcère phlébitique.

On trouve comme *lésions concomitantes* de la tuberculose pulmonaire ou intestinale et des adénopathies suppurées.

Les *cicatrices* déprimées ou hypertrophiques, inégales et bridées ne seront pas confondues avec les cicatrices syphiloïdes des ulcères phlébitiques.

L'**ulcère tuberculeux primitif** de gravité moindre que la gomme tuberculeuse en offre tous les caractères.

Cette lésion est extrêmement rare. Le diagnostic doit se baser sur la connaissance des antécédents et sur le commémoratif d'une plaie susceptible d'être infectée.

Le **lupus ulcéreux** intéressant les membres inférieurs *siège* dans la partie supérieure; il peut envahir le pied et la jambe. Les téguments épaissis infiltrés, indurés donnent alors le tableau de l'éléphantiasis, rare dans l'ulcère phlébitique. Tandis que ce dernier a une marche rapide le lupus ulcéreux a une marche très lente. Ses *bords* sont mous, irréguliers. Son *fond* végétant, fongueux à sécrétion séro-purulente, saigne au moindre contact.

L'**érythème induré de Bazin** est une affection des jeunes filles; elle débute par des nodosités profondes, très dures, qui s'élèvent peu à peu.

L'ulcération est rare, elle *siège* au niveau du mollet ou de la partie externe et inférieure de la jambe.

Elle est superficielle et n'intéresse pas la nodosité entière. Ses *bords* arrondis, déchiquetés, sont entourés d'un tissu extrêmement dur.

Le *fond* recouvert de fongosités se cicatrise lentement.

ULCÈRES CANCÉREUX

Tandis que l'ulcère phlébitique a un *début* rapide, le cancer reste longtemps à l'état de bouton verruqueux. Quand la tumeur ulcérée est contituée, elle présente des *bords* épais et durs. Le *fond* très inégal, sujet aux hémorrhagies présente des bourgeons charnus, rouges, violacés, laissant voir dans leurs interstices des détritüs jaunâtres.

Des fois on trouve des bourgeons fongueux blanchâtres offrant un aspect papillaire ou s'épanouissant sous forme de champignon.

Le cancer, lésion *unique, adhérente aux parties profondes*, à *retentissement ganglionnaire*, à *douleur lancinante* se différencie nettement de l'ulcère phlébitique.

ULCÈRES DIABÉTIQUES ET SCORBUTIQUES

A la suite d'un furoncle ou d'un anthrax, on voit apparaître des ulcères de caractères gangréneux.

La présence du sucre dans les urines est un caractère pathognomonique, elle permet de reconnaître les **ulcères diabétiques**.

On ne trouve pas dans les **ulcères scorbutiques** la régularité des *bords* de l'ulcère phlébitique. Ils sont dentelés et décollés, ou gonflés par des chairs baveuses. Le *fond* est recouvert de bourgeons charnus, bruns ou noirs, fournissant une matière sanieuse fétide mêlée avec du sang.

On trouve comme *phénomènes concomitants*, du purpura, des hémorrhagies, un état particulier des gencives.

Ces ulcères ne se montrent d'ailleurs qu'à la seconde période du scorbut, c'est-à-dire au moment où le diagnostic est assuré par les autres symptômes.

ULCÈRES TROPHIQUES

Leurs caractères ont été très bien mis en relief par M. Reclus. Nous rapportons la description qu'il en a faite dans le traité de Chirurgie : « Ces ulcérations atteignent aussi bien le pied que la jambe ; elles sont en général multiples et débutent souvent par une petite vésicule qui crève en laissant écouler un peu de sérosité sanguinolente. A sa place, on voit une perte de substance circulaire, une exulcération plutôt qu'un ulcère, à bords nets, précis, non décollés, à fond rouge violacé peu profond, sans fongosités, presque sans papilles, lisse et régulier. Elles sont indolentes, mais le moindre contact éveille une souffrance vive. Leur marche est chronique, cependant elles peuvent se fermer et les cicatrices qui les recouvrent ressemblent à celles des brûlures superficielles ».

PYODERMITES

De toutes les pyodermites, l'**ecthymá** est la seule lésion qui puisse être confondue avec l'ulcère phlébitique.

De distribution non méthodique, il est constitué par des croûtes, orbiculaires, épaisses, brunâtres. Au-dessous on trouve tantôt une ulcération, tantôt une simple exul-

cération. La formation de la croûte a été précédée de phénomènes subjectifs : cuisson, chaleur, démangeaisons, picotements. Dans certains cas elle est accompagnée de phénomènes généraux : frisson, inappétence, malaise, et fièvre.

L'ecthyma guérit plus rapidement que l'ulcère phlébitique. Si l'on voit des lésions après la troisième semaine, il faut incriminer le mauvais état général ou les auto-inoculations.

Les lésions laissent des cicatrices blanches souvent entourées d'une zone pigmentée, qui disparaît plus ou moins rapidement.

ULCÈRES LÉPREUX

Ils siègent aussi bien sur la face que sur les membres, les troubles de la sensibilité, l'existence de lépromes, les dactylites et les mutilations des doigts mettront sur la voie du diagnostic.

D'ailleurs les ulcérations assez profondes, à fond grisâtre de mauvais aspect, les bords souvent calleux, la suppuration épaisse, fétide, les croûtes brunâtres et verdâtres leur donnent un aspect particulier.

Les cicatrices multiples irrégulières sont blanches et dures.

ULCÈRES DES PAYS CHAUDS

Il est inutile de s'étendre longuement sur le diagnostic de ces diverses affections avec l'ulcère phlébitique. Elles

sont extrêmement rares et ne s'observent que dans certaines contrées.

Les ulcères de *Mozambique*, de la *Guyanne* et de la *Nouvelle-Calédonie* ont une tendance marquée à disséquer les muscles, à nécroser les os et à mettre à nu les vaisseaux.

L'ulcère de *Madagascar*, étudié par Fradet et Legrain, est un ulcère surélevé. Il guérit en se creusant et en se mettant au niveau des parties saines.

L'ulcère du *Tonkin*, rare aux jambes, ne pourrait être confondu qu'avec les ulcères scrofuleux et variqueux.

L'ulcère *annamite* siège à la face externe des jambes, par son fond bourbillonneux il ressemble à la gomme.

En résumé, dans la grande majorité des cas, le diagnostic de l'ulcère phlébitique est possible à l'aide des seuls signes objectifs de la lésion.

On devra toujours y songer en présence d'ulcérations survenues à la suite d'une phlébite infectieuse chez des individus non variqueux.

La confusion ne sera possible qu'avec l'ulcère syphilitique, qui ne sera pas accompagné d'accidents de même nature et dont le fond aura été détergé.

Dans ce cas, il faudra obtenir l'aveu du malade, ou instituer le traitement spécifique, qui lèvera tous les doutes.

TRAITEMENT

L'antisepsie sous ses différentes formes est un véritable traitement préventif. Depuis son application, les phlébites chirurgicales sont devenues très rares, les phlébites puerpérales sont beaucoup moins fréquentes et leurs récidives qui étaient autrefois la règle sont devenues aujourd'hui l'exception. Ces bienfaits se sont encore étendus aux phlébites médicales, dont les germes pathogènes sont empruntés non seulement à la maladie première, mais aussi à des agents infectieux d'ordre banal.

Malgré l'efficacité de cette méthode, la phlébite se déclarera dans certains cas ; un traitement méthodique permettra alors d'éviter quelquefois les troubles consécutifs et en particulier l'ulcère.

Toute jambe intéressée doit être immobilisée pendant cinq semaines, les premiers mouvements ne seront permis qu'après le 40^e jour. Pendant ce temps les applications de compresses trempées dans une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque aideront à la résorption de l'œdème. Si celui-ci tarde à disparaître,

s'il prend les allures de la chronicité, il faut recourir à la compression. Le massage ne sera pratiqué que vers le 60^e jour, quand tout danger d'embolie sera écarté. Il devra être pratiqué avec douceur et loin des veines malades.

Dans les cas rebelles, les eaux de Bagnoles et de Dax pourront rendre de grands services.

La jambe, qui a été intéressée par la phlébite, portera un bas lacé et sera d'une propreté irréprochable.

Les malades devront être mis en garde contre toutes les causes déterminantes de l'ulcère.

Quand celui-ci n'aura pu être évité, une thérapeutique exclusivement médicale sera presque toujours suffisante.

Le repos au lit est indispensable pour la guérison. Au début, on prescrira les pulvérisations ou les compresses d'eau boriquée tiède. Sous leur influence l'inflammation tombe et les surfaces se détergent. Si le fond n'est pas franchement bourgeonnant, on excitera sa surface avec la teinture d'iode ou une solution au chlorure de zinc. Les masses fongueuses seront détruites avec le nitrate d'argent ou le thermocautère.

Aux pansements humides renouvelés une ou deux fois par jour, on ne tardera pas à substituer les pansements secs, favorables au bon développement de la surface granuleuse.

Quand l'épidermisation aura commencé, l'ulcère sera recouvert, jusqu'à sa guérison complète, de bandelettes imbriquées de diachylon ou d'emplâtre de Vigo. Des

lotions chaudes à 45° seront employées avec fruit, toutes les fois que les pansements seront renouvelés.

Tous les malades ne peuvent pas bénéficier de ces soins.

On ne peut condamner à un repos au lit pendant des semaines des individus obligés de subvenir aux besoins de leur famille. Dans ces cas particuliers, il faut recourir à la bande élastique du docteur H. Martin.

Ce traitement consiste dans l'application méthodique sur le pied et la jambe d'une bande de caoutchouc. Elle est enroulée le matin alors que le membre n'est pas gonflé, elle est retirée le soir avant le coucher. Un léger pansement peut s'interposer entre la plaie et l'appareil.

Quand on ne peut se procurer de bande élastique, la méthode du docteur Reclus pour le traitement des ulcères variqueux se trouve ici indiquée.

Après avoir nettoyé la jambe et détergé l'ulcère, on recouvre sa surface avec une certaine quantité de la pommade suivante :

Iodoforme.....	1 gramme
Antipyrine.....	5 grammes
Vaseline.....	40 grammes

Elle est maintenue avec un tampon d'ouate hydrophile, le tout est recouvert par un bandage silicaté.

On peut aussi recourir à l'appareil d'Unna, modifié tout récemment dans la *Semaine médicale*.

La colle suivante :

Oxyde de zinc.....	} à à 20 grammes.
Gélatine.....	
Glycérine.....	} à à 80 grammes.
Eau distillée.....	

est appliquée sur le pied et la jambe au-dessus du pansement précédent. On en met trois à quatre couches que l'on sépare par des bandes de tarlatane.

Ces appareils permettent la marche et peuvent n'être renouvelés que tous les quinze jours : ainsi trois ou quatre applications sont plus que suffisantes pour la guérison des ulcères phlébitiques.

Cependant l'évolution ne sera pas toujours aussi rapide, le liseré cicatriciel se trouvera arrêté quelquefois dans son évolution. Les moyens chirurgicaux devront être alors essayés. Les incisions circonférentielles trop brutales, et ne donnant pas de meilleurs résultats que les autres procédés, devront être délaissées.

Chez les sujets jeunes, dont les tissus ne sont pas altérés, l'autoplastie par la méthode italienne ne peut être que très efficace. Il sera souvent préférable d'utiliser les greffes épidermiques ou dermo-épidermiques. Sur l'ulcère détergé et bourgeonnant, on appliquera des ilots épidermiques ou des lambeaux de derme. Ils seront maintenus en place par du coton hydrophile imbibé dans une solution de sel marin.

Une fois l'ulcère amélioré ou guéri, le pronostic sera réservé. Les malades seront avertis de la possibilité de la récurrence, ils seront mis en garde contre toutes les causes capables de la provoquer.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — (D^r ARNOZAN, *journal de Médecine de Bordeaux*, 1881-1882).

Varices consécutives à une phlébite.

J. A..., né en 1850, garçon de café, a eu comme antécédents une entorse tibio-tarsienne gauche en 1869 suivie de douleurs, qui n'ont disparu qu'en 1873 à Bagnères-de-Bigorre. A la suite de la guerre de 1870, il a souffert de quelques douleurs de rhumatisme musculaire (?) dans les mollets et les cuisses.

En 1873 (20 décembre) après une marche forcée, il a ressenti le soir même une douleur vive dans le mollet et la partie interne de la cuisse gauche. Tout le membre inférieur est devenu œdémateux. Le malade entre à la salle 18 de l'hôpital Saint-André, où en présence de ces symptômes et en l'absence de cordon induré et douloureux le long du trajet des saphènes, M. le professeur Denucé diagnostique une phlébite profonde.

Le repos, l'élévation du membre, la compression méthodique (ouate et bandage roulé), quelques applications d'onguent napolitain, eurent bientôt raison de ces phénomènes. Mais la phlébite, après avoir envahi les veines du bassin, redescendit dans les veines du membre inférieur droit, marquant son passage dans le bassin par de la douleur hypogastrique et de la dysurie et reproduisant à sa dernière étape tous les phénomènes, qui avaient signalé son apparition dans le membre opposé.

Le même traitement fut appliqué. Vers le milieu de janvier, la guérison paraissait complète ; mais le malade observait toujours de l'œdème autour des malléoles lorsqu'il restait quelque temps debout ; et de temps à autre, il éprouvait des accès subits de dyspnée et même de suffocation, accidents dûs sans doute à la migration de quelque débris de caillots.

Le 23 mars 1874, ces accidents persistaient encore, mais tendaient à disparaître.

Le malade a été revu par hasard au mois de février 1882. Depuis longtemps, il n'est plus question d'accidents emboliques. Mais les deux jambes, dont la surface était autrefois blanche et lisse, sont actuellement sillonnées de varices dans toute leur hauteur, couvertes de taches de pigment, irrégulièrement disséminées, surtout au niveau des plus grosses dilatations, et le malade porte même deux ulcères grands comme des pièces de un franc, situés à la partie moyenne de la jambe, à bords tuméfiés et violacés, à fond peu bourgeonnant et qui ne paraissent nullement disposés à cicatriser.

Nous avons rapporté cette observation pour montrer que la phlébite a déterminé non seulement les varices, mais encore les ulcères.

Ici les varices n'ont joué qu'un rôle probablement secondaire, la première cause se trouve dans l'infection spéciale qui a déterminé la phlébite. On retrouve d'ailleurs, dans les lésions décrites par M. Arnozan, la multiplicité et la localisation des ulcères phlébitiques.

OBSERVATION II (*Thèse du Dr Schreider, 1883*)

Ulcère de jambe (considéré comme variqueux)

R. A..., 33 ans, garçon boucher, entré le 21 février 1882 à Saint-Antoine, salle Dupuytren n° 10 service de M. Terrier.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler. A habité a campagne jusqu'à l'âge de 16 ans. Depuis cette époque demeure à Paris, où il travaille comme boucher.

En 1870, a fait une maladie très grave, sur laquelle il ne peut donner que peu de renseignements ; fut malade pendant cinq mois, trois semaines sans connaissance ; crampes dans les mollets, délire. Après la maladie, les jambes enflent dans la région malléolaire, le soir après le travail.

Apparition des varices quelque temps après la maladie, ou du moins elles ne deviennent apparentes et appréciables pour le malade que depuis 1871, c'est-à-dire depuis l'âge de 22 ans. A la fin de la même année, à la suite d'une écorchure au niveau de la crête tibiale, formation d'une ulcération qui s'agrandit progressivement, empiétant sur la face interne et externe de la jambe et passant par des alternatives de cicatrisations et d'ulcérations. A la même époque le malade constate des varices des veines sous-cutanées et abdominales.

Amygdalites fréquentes, tous les trois ou quatre jours. Pas de migraines, ni d'épistaxis. Quelques symptômes d'intoxication alcoolique. Sommeil agité, crampes dans les mollets, phtuie le matin ; interrogé sur ce point, dit n'avoir pris que le nécessaire (?). Entré à l'hôpital pour une poussée de lymphangite qui se déclare au pourtour de l'ulcération et remonte vers la cuisse.

Etat actuel. — Malade bien constitué, vigoureux, d'une bonne santé ; ne signale aucune maladie. A la face un peu de couperose. système musculaire bien développé. Pouls très petit. Appareil respiratoire normal. Appareil circulatoire : premier bruit du cœur sourd, presque imperceptible à la base.

Etat local. — La région malléolaire gauche est gonflée ; la peau, à ce niveau, ne présente aucune altération.

Au-dessus des malléoles dans toute l'étendue de la partie moyenne de la jambe, la peau est épaissie, pigmentée, les veines sont sinueuses, dilatées, proéminentes, et quatre travers de doigt au-dessus des malléoles, dans une étendue de huit travers de

doigt, excoriation superficielle entamant à peine le derme, s'étendant sur toute l'étendue de la face externe, antérieure et surtout interne. Les contours de l'ulcération sont très irréguliers. présentent la forme d'un quadrilatère à bords taillés à pic irrégulièrement, avec des prolongements serpigineux, formant des traînées qui empiètent sur les surfaces saines ; à la partie inférieure de l'ulcération, on constate une perte de substance plus profonde, siège de l'ulcération primitive, qui ne prend les dimensions actuelles que depuis une semaine, date du début de la lymphangite. Le bord de l'ulcération à cet endroit est plus saillant, plus boursoufflé ; à la face postérieure, au niveau de la partie la plus saillante du mollet, existe une ulcération régulièrement circulaire, très superficielle, à bords un peu boursoufflés,

Etat de la sensibilité. — Sur toute l'étendue de l'ulcération, au fond, ainsi que sur les bords, la sensibilité est parfaitement conservée et présente plutôt un état d'hypéresthésie ; le moindre attouchement est très douloureux, sauf au niveau de l'ancienne ulcération où la sensibilité à la douleur et au toucher est très obtuse. Les sensations tactiles, sur toute l'étendue de la jambe, sont très bien conservées, sauf à l'endroit de l'ulcération primitive.

Sensibilité à la température. — Conservée et non pervertie. Les veines de la face interne de la cuisse sont un peu dilatées et très apparentes.

La cicatrisation de l'ulcération marche très vite de la périphérie au centre, sauf à l'endroit de l'ulcération primitive, où le travail réparateur se fait très lentement.

La cicatrisation ne se termine complètement qu'au bout d'un mois et demi.

Le malade, qui fait l'objet de cette observation, a fait une maladie très grave de cinq mois, à l'âge de 21 ans. Après cette maladie, les malléoles sont devenues œdé-

mateuses le soir après le travail, les varices ont apparu, et un peu plus tard à 22 ans, il s'est formé un ulcère. Dix ans après, on trouve des varices, un grand ulcère avec des prolongements serpigineux et une ulcération régulièrement circulaire au niveau de la partie saillante du mollet.

En présence de cette succession de phénomènes, il est permis de se demander si l'on est bien en présence d'ulcères variqueux.

Il est aussi logique d'admettre que la maladie a été le point de départ de ces accidents et que les varices n'ont fait que hâter le processus pathologique.

OBSERVATION III. — (Recueillie dans le service de M. le professeur Fournier, par M. Hudelo, chef de clinique. Séance de la Société de Dermatologie du 10 mars 1892).

Ulcère de jambe meta-typhique.

Le nommé H. E. âgé de 24 ans, cocher d'omnibus, entre le 6 février 1892 dans le service de M. le professeur Fournier. Les antécédents de famille du malade ne présentent rien de spécial : le père, âgé de 51 ans, bien portant, n'a jamais eu d'éruption ; la mère est bronchitique ; une sœur est morte à 15 ans, de variole hémorrhagique ; un frère de 32 ans, bien portant, a eu en 1883 une fièvre typhoïde grave, à la suite de laquelle il a présenté sur une jambe une ulcération qui dura 2 mois et qui semble avoir succédé à l'application trop prolongée d'un sinapisme ; une sœur de 29 ans, a été soignée l'an dernier à l'hôpital Saint-Louis par des cautérisations ignées pour un lupus de la face ; une autre sœur est bien portante. La mère n'a jamais fait la fausse couche, et tous ses

Le malade a toujours joui d'une bonne santé, sauf à l'âge de 3 ou 4 ans une variole (?) qui n'a laissé aucune cicatrice, et vers les 10 ans, des maux d'yeux qui ont duré 3 ou 4 mois et ont guéri sans laisser de trace. Aucun antécédent de syphilis acquise, avoué, ni constatable. Nul antécédent, nul stigmate de syphilis héréditaire.

En octobre 1899, H... contracte la fièvre typhoïde : soigné à l'hôpital Tenon dans le service de M. Muselier, il y reste jusqu'au 31 décembre ; la maladie paraît avoir été grave (délire, fièvre intense, bronchite et pleurésie sèche, eschare sacrée). Il part pour Vincennes le 31 décembre 1899, complètement guéri, mais avec les jambes enflées comme des poteaux, depuis quelques jours. (On examine à ce moment son cœur, ses urines et on ne constate rien d'anormal).

Les lésions actuelles ont débuté vers le milieu de janvier 1891, à Vincennes, par de petites plaques, larges comme des pièces de 1 franc, non saillantes, d'un rouge ecchymotique, survenues spontanément, sans traumatisme ; le malade eut d'abord 5 à 6 plaques semblables à la partie inférieure de chaque jambe : au bout de 3 ou 4 jours, elles s'ulcérèrent ; pansées au diachylum, elles ne cicatrisèrent pas.

H... reprend son travail en février 1891, et dès lors les ulcérations primitives s'étendirent progressivement malgré des pansements journaliers à l'eau phéniquée.

En septembre 1891, le malade se décide à entrer à l'hôpital Beaujon, et fait un séjour de 2 mois dans le service de M. Anger, où il est pansé à la liqueur de Van Swieten et au salol ; un certain nombre d'ulcérations guérissent alors complètement.

Quand il reprend son travail, le processus ulcératif reprend lui-même ; c'est en raison des douleurs vives, qu'il éprouve depuis quelques jours, que le malade se décide à rentrer à l'hôpital.

A son entrée, on constate sur lui des lésions occupant presque symétriquement les deux jambes, surtout dans leur moitié

inférieure, un certain nombre de lésions sont dès aujourd'hui pleinement cicatrisées ; c'est ainsi, qu'à la jambe gauche, vers le 1/3 supérieur et à sa partie postérieure, on voit deux cicatrices circulaires, du diamètre d'une pièce de 2 francs, à pourtour pigmenté brûnâtre, à centre plus pâle, un peu nacré et gaufré, d'aspect syphiloïde ; en dehors de ces deux cicatrices on en trouve deux autres plus petites. A la partie supérieure et externe de la jambe droite se voit une cicatrice d'un rouge brunâtre et du diamètre d'une pièce de 50 centimes.

Outre ces cicatrices, on constate sur chaque jambe :

1^o Une grande ulcération, occupant toutes les faces externe, antérieure et interne, dans le 1/3 inférieur du membre ; cette grande ulcération présente, sur chaque jambe, un contour polycyclique qui montre nettement qu'elle est formée de l'aggrégation d'éléments arrondis. Les bords sont entamés, un peu épaissis ; le fond est grisâtre, recouvert d'un liquide puriforme un peu fétide ; il est tomenteux, faiblement excavé, non bourbillonneux.

2^o Un certain nombre d'ulcérations circulaires, de diamètre variable, disséminées autour de l'ulcération principale et ayant les mêmes caractères objectifs.

Les pieds sont respectés.

Le malade est traité par le repos au lit, des pulvérisations et des applications de compresses boriquées.

En quelques jours, les grandes ulcérations se détergent et deviennent beaucoup moins douloureuses ; la suppuration disparaît, et le fond devient rougeâtre, granuleux. Les ulcérations périphériques bourgeonnent et l'épidermisation nouvelle, des plus nettes, rétrécit leur diamètre de plus de moitié après 15 jours de traitement.

Dès lors, toutes les ulcérations tendent à la cicatrisation progressive.

Aujourd'hui, après un mois de séjour à l'hôpital, les douleurs ont entièrement disparu ; bien que le malade se lève toute la journée, les ulcérations périphériques sont presque

toutes cicatrisées, les ulcérations principales sont réduites à deux bandes transversales, longues de 13 à 14 centimètres, hautes de 4 à 5, à fond rouge granuleux, sur les bords desquelles l'épiderme nouveau gagne chaque jour.

Aucun traitement spécifique n'a été donné au malade ; les compresses boriquées ont été continuées jusqu'à ce jour.

OBSERVATION IV. — MM. Gastou et Keim. Communication à la Société de Dermatologie. Séance du 9 janvier 1896).

Néphrite albumineuse. — Phlébite double. — Ulcérations ecthymateuses des jambes. — Gangrène symétrique superficielle des orteils, survenues après une pneumonie. — Rétrécissement mitral. — Néphropathie familiale héréditaire.

La nommée Marie L..., âgée de 18 ans, est entrée le 20 novembre 1895, salle Henri IV, dans le service de M. le professeur Fournier.

Son père ne semble pas avoir eu d'accidents spécifiques, mais il est alcoolique, tousse souvent et a eu une pleurésie. La mère est morte à 42 ans, elle était obèse, asthmatique et a eu pendant longtemps de l'albumine dans les urines. De trois enfants, un est mort du croup. Le dernier est un garçon de 15 ans obèse, qui pèse 72 kilogr. et a depuis plusieurs années une albuminurie consécutive à une scarlatine.

La malade est également obèse, elle a eu dans son enfance des maux d'yeux, elle a actuellement une taie et louche. Jamais elle n'a été malade, sauf une gale dont elle a été guérie rapidement. Réglée à 13 ans, elle l'est assez irrégulièrement.

En octobre 1894, à la suite d'un refroidissement, elle resta plusieurs mois sans voir.

En janvier 1895, elle a une pneumonie gauche qui dure neuf jours. C'est quelque temps après cette affection thoracique que les accidents qui l'ont amenée à l'hôpital ont commencé.

Dès qu'elle reprit sa vie habituelle, elle éprouva dans la jambe gauche de la lourdeur, des fourmillements, de la douleur et la jambe s'œdématisa. Peu de temps après, les mêmes phénomènes apparurent sur la jambe gauche. Elle fit alors une phlébite double et s'alita.

On ne constata pas, à cette époque, dit-elle, d'albumine dans les urines. Étant alitée, sous l'influence du grattage déterminé par des démangeaisons aux jambes, il se produit sur les membres œdématisés des excoriations qui aboutissent peu à peu à des ulcérations dont l'on voit encore aujourd'hui les cicatrices d'aspect absolument syphiloïde. La phlébite et les ulcérations guérirent en trois semaines.

Deux mois après nouvel œdème, grattage, excoriations et ulcérations qui persistent encore à l'entrée de la malade dans le service.

C'est vers le mois d'août, les jambes étant encore œdématisées et recouvertes d'ulcérations, que se produisit une cyanose intense des extrémités des orteils, cyanose douloureuse, suivie d'exfoliations épidermiques, qui aboutit progressivement à une véritable gangrène superficielle. En certains points, dit la malade, il serait survenu avant la gangrène de véritables bulles qui s'ouvraient et laissaient à nu le derme.

A son entrée dans le service, les orteils sur leurs faces interdigitales et plantaires présentent des ulcérations à fond violacé, saignant facilement, très sensibles au toucher, très hypéresthésiques au moindre frottement.

En même temps existent sur les jambes œdématisées des ulcérations multiples, siégeant sur tout le pourtour des jambes et d'aspect ecthymateux. Les mouvements des membres sont douloureux, mais on ne sent pas de cordon veineux. Il existe 3 grammes d'albumine par litre dans les urines, la malade urine normalement 1500 à 1600 grammes en moyenne par jour. Il existe de l'oppression, une douleur dans l'aisselle gauche. La malade a eu à différentes reprises au mois d'octobre des crachats hémoptoïques. L'examen du poudmon est négatif. Il

n'en est pas de même du cœur; on note un souffle pré-systolique et un dédoublement du deuxième bruit, dont le maximum est vers la base. Il existe donc manifestement un rétrécissement mitral.

Le pouls est petit, régulier. Il n'y a pas d'autres phénomènes à signaler.

Sous l'influence de l'administration de 2 grammes d'iodure de potassium et de 20 centigrammes de tannin, l'albumine a presque entièrement disparu, les ulcérations et l'œdème également.

Dans cette observation on peut rattacher les troubles trophiques à la pneumonie, au rétrécissement mitral ou à l'albuminurie. Il est plus naturel de les rattacher à la pneumonie, puisque la phlébite infectieuse semble être leur point de départ.

OBSERVATION V. — (*Thèse du Dr Cormier, 1897*)

Ulcères phlébitiques à la suite d'une fièvre typhoïde. —

Ni syphilis. — Ni varices.

Le nommé Jean M..., 37 ans, artiste peintre, entre le 2 novembre 1896, salle Saint-Louis, lit n° 34.

Antécédents personnels. — En 1870 petite vérole; en 1877 blennorrhagie, en 1879 fluxion de poitrine.

Le malade a fait en 1889-1890 une fièvre typhoïde d'une durée de 4 mois 1/2 pendant laquelle il a eu de la broncho-pneumonie; à un moment donné, ses selles ont été rougeâtres.

Il n'avait jamais eu jusqu'alors des varices apparentes.

Le jour même où il cessait de s'aliter, une phlébite se déclare: les deux membres inférieurs sont pris, le droit se guérit en quelques jours, le gauche est intéressé de la fin de janvier au 15 avril.

Aussitôt après, ulcération de la jambe, pour laquelle il fait à l'hôpital Saint-Louis en 1890, un séjour de un mois et demi jusqu'au 19 septembre.

Entre sa sortie de l'hôpital et son départ pour l'Amérique du Sud, qui a lieu le 20 octobre, il survient une écorchure à la suite d'un coup.

A bord, pendant son voyage, aggravation de la plaie et pansements avec une poudre à base de quinquina et d'iodoforme

Pas de traitement interne.

Une fois arrivé, il se panse avec des compresses imbibées d'eau phéniquée, et quinze jours après, guérison de l'ulcère.

Le malade se porte bien de la fin de 1890 jusqu'au mois de septembre 1895. Il était alors à Cordoba, dans la République Argentine. Il est victime d'un terrible accident de travail qui a failli lui coûter la vie.

Il en est quitte pour une fracture du fémur droit, une luxation de l'épaule droite et de larges éraflures au niveau de ses anciens ulcères de la jambe gauche.

Il reste six mois et demi au lit.

Le médecin constate une plaie et des contusions, surtout à la partie antérieure ayant intéressé la jambe.

Les points ulcérés en 1890 ont mis beaucoup plus de temps à se réparer. Les plaies se ferment presque complètement, sauf en un très petit point. Notons que les pays chauds n'ont eu aucune influence sur leur évolution.

Nous voici en avril 1896 : il prend un mois de convalescence, et en mai il retourne à ses travaux sans avoir mis de bas à varices ou des pansements suffisants.

Au bout de quelques jours d'application d'un bandage non suffisamment protecteur et peut-être un peu serré, car il causa de l'œdème des malléoles, la petite plaie s'élargit, amenant avec elle et par suite de la fatigue, une légère saillie des veines du membre inférieur qui se dessinaient sous la peau jusqu'au pli de l'aîne.

En juin 1896, il entre de nouveau à l'hôpital de Cordoba, où des lavages phéniqués de sa plaie et des pansements à la poudre d'iodoforme le remettent.

L'ulcération se referme presque complètement dans les premiers jours du mois d'août.

Il fait alors, ayant cependant l'habitude du cheval, un assez long trajet, sans bottes, avec un pansement sommaire. Nouvelle écorchure, l'ulcération récidive.

On le prend à l'hôpital, où il se repose jusqu'à la date de son rapatriement. Parti le 5 octobre, il arrive à Bordeaux le 25. Quelques jours après il vient consulter ici, où il est reçu. Du mois d'août jusqu'au 2 novembre, la plaie n'a fait qu'augmenter, surtout à bord, lors de son retour. De simple, elle devient multiple.

Etat actuel. — Le malade présente à la jambe gauche, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, quelques ulcérations de dimensions peu variables, peu creusées, qui auraient diminué de profondeur. A la partie moyenne et antérieure, ulcère paraissant résulter de la fusion de trois éléments primitifs. Rectangulaire par sa partie médiane, il est terminé en dehors par un cercle de deux centimètres de diamètre avec lequel il communique par une portion rétrécie. En dedans, c'est un cercle de grandeur double qu'un étranglement réunit à lui.

Transversalement placé, il mesure de dix à douze centimètres de longueur et de trois à quatre dans sa plus grande largeur.

Bords un peu décollés au niveau de la partie inféro-externe, moyennement surélevés, taillés à pic par places, en falaise en d'autres. La partie centrale présente une couleur légèrement grisâtre et à contours irréguliers.

La portion sphérique, qui est en dedans de la plaie, a récidivé il y a un mois, elle a communiqué alors avec la partie centrale de l'ulcère longue et étroite. Le fond est rouge, non bourbillonneux, et présente quelques bourgeons.

Au-dessus et séparées de la précédente par un travers de doigt, deux ulcérations de deux à trois centimètres carrés, chacune, présentent les mêmes caractères.

Enfin trois centimètres plus haut, trois points ulcérés et une excoriation d'une surface d'un demi-centimètre carré.

Toutes ces ulcérations sont entourées par un tissu d'un rouge violacé intense qui est le siège d'une dermite douloureuse à la pression, mais au niveau de laquelle les sensations thermiques sont émoussées.

On remarque aussi autour des bords qui n'ont pas une consistance dure une desquamation assez notable.

Tout interrogatoire du malade au point de vue de la syphilis reste négatif ; l'examen du corps ne permet pas de trouver des cicatrices caractéristiques. Le sujet n'est pas du tout variqueux, en apparence du moins. Rien au cœur, ni à la poitrine.

L'examen des urines ne décèle ni sucre, ni albumine.

Traitement : compresses boriquées.

13 novembre. — Les bourgeons charnus sont déjà si nombreux, qu'ils nécessitent des cautérisations au nitrate d'argent, assez douloureuses. On les répète le 15, le 18, le 20, le 22.

23 novembre. — Deux des ulcères de moyenne grandeur se sont fermés, la grosse portion sphérique de la plaie principale est séparée de la partie médiane par un pont de peau nouvelle.

La périphérie de chacune des ulcérations est recouverte sur une largeur de deux à trois millimètres d'une peau très mince de coloration rouge sombre.

Le malade présente des douleurs intercostales au niveau du poumon droit. A l'auscultation, dans la ligne de l'aiselle de ce côté, quelques râles sibilants que font disparaître des applications de teinture d'iode.

La guérison s'effectue rapidement, on fait quelques pansements secs au sous-carbonate de fer, puis à la poudre d'iodoforme, le 12 décembre le malade sort guéri.

OBSERVATION VI. — (communiquée par M. Gastou.

Thèse du Dr Cormier, 1899).

Ulcère phlébitique chez une malade ayant eu une fièvre typhoïde. — Ni varices. — Ni syphilis.

La nommée Sylvanie B..., 22 ans, journalière, entre à l'hôpital St-Louis, salle Henri IV, le 28 novembre 1896, où elle occupe le n° 10.

Rien dans les antécédents héréditaires ou personnels qui puisse faire songer à la syphilis. Son père, sa mère, ses deux frères, sa sœur sont en bonne santé. Notre malade a eu la fièvre typhoïde il y a cinq ans. Elle entre pour une lésion de la peau au niveau de la malléole interne gauche, de la grandeur d'une pièce de cinq francs environ, à contours réguliers, à bords taillés à pic, à fond bourgeonnant. Une zone de dermite douloureuse à la pression et de coloration violacée entoure la plaie sur une largeur de deux travers de doigt. L'ulcération qui nous occupe remonte à plus de six mois. Elle a débuté par une égratignure que la malade n'a pas soignée. Un coup l'a aggravée. Un peu avant, la jambe était déjà enflée, et un médecin de la ville diagnostiqua une phlébite. Malgré cela, la malade a continué à marcher, aussi la plaie s'est-elle étendue jusqu'à devenir ce qu'elle est actuellement.

La phlébite est encore perceptible sous forme d'un cordon dur à la partie interne de la jambe.

L'articulation tibio-tarsienne gauche a des mouvements un peu moins étendus que celle de l'autre côté.

L'auscultation du cœur ne donne rien.

Traitement. — Compresses boriquées.

8 décembre 1896. — Pansement à la poudre d'iodoforme. Bourgeons charnus.

16 décembre. — Le fond de la plaie s'est relevé et se trouve au niveau des parties saines.

Fin décembre. — Exeat.

OBSERVATION VII (communiquée par M. Gastou.

Thèse du Dr Cormier 1897).

Ulcère phlébétique chez une malade ayant eu la fièvre typhoïde.

Ni syphilis, ni varices superficielles.

La nommée Flore D..., 22 ans, domestique, entre à l'hôpital Saint-Louis le 21 novembre 1896, salle Henri IV, où elle occupe le lit n° 43 puis le n° 2.

* Il y a quatre ans, fièvre typhoïde d'une durée de trois mois, soignée à l'hôpital de Saint-Denis; aussitôt après, et dès que la malade a voulu se lever, phlébite de la jambe gauche, pas d'ulcères à ce moment.

Une première ulcération se déclare il y a 18 mois environ au niveau de la cheville gauche.

L'an dernier, elle est venue vers le mois de juin à la salle Gosselin où elle est restée 5 semaines. Elle serait sortie avant sa guérison complète.

Il y a deux mois, ulcère du mollet. En faisant son service, elle dit avoir eu une rupture de varice profonde et une hémorrhagie abondante.

Actuellement, la phlébite est peu prononcée: la malade se plaint de douleurs, de crampes, d'œdème du membre.

On trouve en allant de bas en haut :

1° Un peu au-dessus et au dehors de la malléole externe, une ulcération en voie de guérison qui, d'après la cicatrice, a occupé la surface de deux pièces de un franc.

Elle est recouverte d'une pellicule blanchâtre, sauf en un point à fond rouge, non suppurant. Elle est un peu surélevée au-dessus du niveau des parties saines.

Auparavant, la plaie avait suppuré assez abondamment. Immédiatement en dehors de la cicatrice, et tout autour d'elle, zone rouge brune, large de deux travers de doigt, où les sensations thermiques, douloureuses et tactiles semblent conservées.

2° Au mollet, quatre ulcérations très superficielles, entourées d'une dermite légère.

Cette jambe a un volume un peu plus considérable que la droite. Cette dernière ne présente ni varices, ni varicosités, alors qu'un examen attentif du membre inférieur gauche permet de voir quelques trainées violettes.

Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont plus étendus à droite qu'à gauche.

Pas de dystrophie unguéale.

Le réflexe patellaire est un peu plus fort à gauche qu'à droite, ce réflexe étant lui-même plus prononcé que normalement.

Appareil circulatoire. — Souffle de l'artère pulmonaire (2° temps).

Traitement.— Pansements avec des compresses boriquées.

5 décembre. — Les ulcérations ne diminuant que lentement, on décide d'appliquer de l'eau oxygénée.

17 décembre. — Au bout de 12 jours de cette médication, la plaie principale s'est détergée, les bourgeons charnus se montrent en assez grand nombre. Bains d'amidon, trois par semaine.

18 décembre. — Pansement à l'iodoforme et occlusion avec l'emplâtre de Vigo.

28 décembre. — Les petites ulcérations ne sont plus visibles. Le grand ulcère n'a plus que les dimensions d'une pièce de cinquante centimes.

Exeat.

OBSERVATION VIII. — (Personnelle)

Ulcère de jambe (A la suite de couchés : phlébite, varices et ulcère).

La nommée T..., 47 ans, domestique, entrée le 11 mai 1900, hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, lit n° 13, service de M. le professeur Fournier.

Antécédents héréditaires. — Le père est inconnu, la mère, qui avait une excellente santé, est morte de la morve à 61 ans.

Antécédents personnels. — Elle a marché à 14 mois, a été réglée à 18 ans, les règles étaient très régulières. Mariée à 24 ans, elle a eu un enfant six ans après. Ce dernier venu à terme, est actuellement bien portant : les couches ont occasionné une phlébite gauche qui a duré trois mois. Depuis, la jambe est malade, elle est très lourde le soir au moment du coucher, des varices n'ont pas tardé à s'y développer.

Dix huit mois plus tard, deuxième grossesse, enfant né avant terme à 6 mois, n'ayant pas vécu. A la suite de ses couches, elle aurait remarqué une croûte qui aurait été le point de départ de l'ulcère. Celui-ci s'est étendu progressivement jusqu'à la troisième grossesse. La malade, alors âgée de 34 ans, ne pouvant travailler, a gardé le lit. Elle a accouché d'un enfant à terme, mort à 6 semaines de méningite. L'ulcère a guéri, mais les varices n'ont pas diminué de volume.

A 40 ans, attaque de rhumatisme articulaire qui dure 14 mois ; traité par l'antipyrine et le salicylate de soude, il laisse de la difficulté dans les mouvements d'extension et de flexion du poignet droit et une arthrite du genou gauche qui se traduit par une forte crépitation.

Quatre ans après cette attaque, l'ulcère a récidivé et a été guéri à l'hôpital Saint-Louis, dans la salle Alibert, avec des pansements humides.

Madame T..., enceinte pour la quatrième fois à l'âge de 46 ans, accouche à la clinique Tarnier d'un enfant à terme actuellement bien portant.

Après ses couches elle reprend son travail et l'ulcère se développe pour la troisième fois.

Etat actuel. — La partie inféro-interne de la jambe gauche est le siège de deux ulcères superposés, séparés par un intervalle de deux centimètres. Ils ont une forme sensiblement ovulaire, le supérieur a les dimensions d'une pièce de deux francs, l'inférieur d'une pièce de cinq francs. Les bords sont taillés à

pie, un peu épaissis, le fond un peu bourgeonnant, est couvert par une sécrétion fétide. La zone avoisinante est le siège d'une pachydermite sur une étendue de cinq centimètres environ.

La sensibilité au tact est conservée, la sensibilité à la douleur est émoussée, la tête d'une épingle provoque de la douleur sur le fond de l'ulcération, la pression de l'aiguille ne la réveille pas. Sur la manchette de pachydermie, la perception est retardée sur les points les plus excentriques, elle est abolie sur les points les plus rapprochés des ulcérations. La sensibilité à la chaleur est pervertie. Le tibia gauche est un peu hyperostosé, les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne gauche sont un peu limités. Les réflexes sont normaux. La jambe gauche un peu œdématisée présente quelques varices serpentineuses quand la malade est debout, elles sont peu apparentes quand elle est couchée. La jambe droite n'est pas variqueuse. Les ongles des orteils sont un peu épaissis. Du côté des articulations, on remarque une limitation des mouvements du poignet droit et une arthrite sèche du genou gauche.

Rien d'anormal du côté du cœur, des poumons, des appareils digestif et urinaire.

On ne trouve aucune cicatrice, ni aucune trace d'éruption sur le corps.

Pas de stigmate de syphilis acquise ou héréditaire.

Traitement. Compresses boriquées.

15 mai. — Les ulcères sont détergés, les fonds bourgeonnent activement.

26 mai. — La malade améliorée sort de l'hôpital ; l'ulcère supérieur est fermé, l'ulcère inférieur a les dimensions d'une pièce de cinquante centimes.

OBSERVATION IX. — (Personnelle)

Ulcère de jambe. (Fièvre typhoïde, phlébite, varices, ulcères)

Le nommé J., 53 ans, courtier, entré le 7 mai 1900, hôpital St-Louis, salle St-Louis, lit n° 37, service de M. le professeur Fournier.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort à 70 ans d'une maladie de cœur. La mère est morte à 72 ans. On ne peut savoir quelle a été la cause de la mort ; ayant eu un prolapsus utérin à la suite de couches, elle aurait été malade le restant de ses jours.

Antécédents personnels. — Pas de maladie d'enfance. Il contracte à 23 ans une fièvre typhoïde. Etant à ce moment aux chasseurs d'Afrique à Blidah, il est soigné à l'hôpital militaire pendant 65 jours. Le malade fait une convalescence de quatre mois à Rouen. Pendant ce congé la jambe gauche devient douloureuse et une phlébite se déclare.

De retour au régiment, cet individu, qui n'avait jamais eu de varices, voit sa jambe s'œdématiser aux environs des malléoles, et se couvrir de nombreux sillons bleuâtres ; deux mois plus tard il se forme une petite croûte à la partie inféro-interne.

Sous l'influence du frottement de la selle, cette croûte ne tarde pas à se détacher, la partie sous-jacente s'irrite et devient le point de départ de l'ulcère.

A l'expiration de son service militaire en 1874, quatre ans après sa maladie, J... veut contracter un nouvel engagement, il est réformé pour ulcère et varices.

Quand il reprend la vie civile, sa jambe gauche est très variqueuse, la droite paraît normale.

A la partie inféro-interne du membre gauche se trouve un ulcère, la partie inféro-externe est très érythémateuse.

Le malade ne s'est jamais très bien soigné.

Obligé de s'aliter très souvent, la plaie s'améliorait chaque fois, mais reprenait rapidement de grandes dimensions. Sous l'influence d'un traumatisme survenu il y a 20 ans, la partie inféro-externe est devenue le siège d'un ulcère qui s'est développé du côté de l'ulcère primitif et n'a pas tardé à l'atteindre.

Depuis cette époque, les deux ulcères ont évolué d'une façon à peu près identique, passant alternativement par des phases d'aggravation et d'amélioration.

Actuellement on remarque un vaste ulcère occupant tout le tiers inférieur de la jambe gauche.

Il est formé de deux masses latérales réunies à leur partie médiane par une perte de substance mesurant deux centimètres de large sur quatre centimètres de long. Les bords légèrement incurvés sont épais, réguliers et non décollés. Le fond est peu profond, rouge vif, velouté, saignant au moindre contact. Les tissus ambiants épaissis, brunâtres, entourent l'ulcère sur une étendue de plusieurs centimètres.

Au-dessus on remarque des varices serpentine, même quand le malade est couché.

La sensibilité au tact n'est pas modifiée.

Les perceptions douloureuses sont un peu retardées, les perceptions thermiques sont perverses, le verre promené sur les tissus malades paraît chaud.

Les réflexes sont normaux.

Les ongles des orteils sont épaissis et opaques, celui du gros orteil ressemble à une écaille d'huître.

Rien du côté des appareils respiratoire et urinaire.

Les bruits du cœur sont éclatants, le pouls est dur.

L'interrogatoire et l'examen ne permettent de déceler aucun stigmate de syphilis, soit héréditaire, soit acquise.

16 juin. — Les ulcères ne sont pas guéris, ils sont améliorés. La surface ulcérée a diminué de plus des deux tiers, le malade part pour Vincennes.

OBSERVATION X. — (Personnelle)

Ulcère variqueux de la jambe gauche. Ulcère de la jambe droite à la suite d'une phlébite

Le nommé C..., 63 ans, menuisier, entre le 2 juin 1900, hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis. Lit n° 40. Service de M. le professeur Fournier.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 42 ans de fluxion de

poitrine. Mère morte à 88 ans. Notre malade est le dernier d'une famille de sept enfants. Une sœur mariée a des enfants bien portants ; un frère est mort de dysenterie pendant son service militaire en Afrique, les quatre autres sont vivants.

Antécédents personnels. — A la suite d'une fièvre typhoïde survenue à 16 ans, otorrhée droite ayant entraîné la surdité de ce côté. A 31 ans, le malade fait une chute, se luxé le poignet gauche et se contusionne le tibia gauche à la partie antérieure de son tiers supérieur et à la partie interne de son tiers inférieur. Des séquestres se sont éliminés au niveau des points contusionnés, ils ont nécessité un séjour de 5 mois à l'hôpital Neker.

Vers cette époque le malade n'avait pas de varices, elles n'ont apparu que plus tard et n'ont jamais déterminé de l'œdème des jambes.

Il y a 12 ans environ, à la suite de rougeurs et de démangeaisons, la jambe s'est ulcérée.

Quand le malade n'a pas pu continuer son travail, il est rentré à l'hôpital Beaujon ; au bout de trois mois il en est sorti guéri.

Plus tard l'ulcère a récidivé, un séjour de deux mois à l'hôpital Saint-Antoine a été nécessaire pour la guérison. On avait essayé des greffes, mais elles n'avaient pas donné de résultat appréciable.

A cette époque la jambe gauche était sillonnée par quelques cordons bleuâtres peu apparents.

Il y a 6 ans, le malade a fait une phlébite droite à la suite d'une pneumonie. La jambe droite, qui n'avait jamais attiré son attention, est devenue rouge œdémateuse.

Des plaques rougeâtres ont apparu trois ans après, elles occupaient et occupent encore aujourd'hui la partie inféro-interne de la jambe droite.

Le 28 décembre 1899, l'ulcère de la jambe gauche s'étant développé pour la troisième fois, le malade rentre à l'hôpital

Saint-Louis, salle Hillaret, il y reste jusqu'au mois de mars, et n'en sort que très peu amélioré.

Depuis huit jours, une phlyctène s'est formée sur les plaques rouges de la jambe droite, elle s'est percée rapidement et l'ulcère a été constitué.

Etat actuel. — Les deux jambes sont intéressées.

La jambe gauche présente un vaste ulcère de forme quadrangulaire occupant toutes les parties antéro-latérales de son tiers inférieur.

Les bords sont épais, boursoufflés ; le fond gris, pâle, anfractueux présente des ilots épidermiques. Les pourtours sont constitués par une colerette de pachydermite de 5 centimètres environ.

Seule la sensibilité au tact est conservée.

La jambe droite présente dans sa partie inféro interne un ulcère de forme orbiculaire. Il a les dimensions d'une pièce de deux francs.

Les bords réguliers, s'unissent avec le fond par une pente très douce. Ce dernier n'est pas bourbillonneux, il est rouge, ses bourgeons sont vivaces. La périphérie est rouge mais non épaissie.

Cet ulcère est plus douloureux que l'ulcère variqueux, les sensibilités ne sont nullement modifiées, la sensibilité thermique n'est cependant pas très nette.

Les réflexes sont affaiblis du côté gauche, ils sont normaux du côté droit.

Rien au cœur, aux poumons, à l'appareil urinaire.

Pas de dystrophie unguéale.

Quelques cordons veineux sur la jambe gauche, rien de semblable sur la jambe droite.

Pas de syphilis héréditaire ou acquise.

24 juin. — L'ulcère phlébitique est guéri, l'ulcère variqueux est en voie de guérison.

OBSERVATION XI. — (Personnelle)

Ulcère phlébitique (Phlébite spontanée. Ni syphilis.
Ni varices)

S..., 38 ans, marbrier. Entré le 16 mai 1900. Hôpital Saint-Louis. Salle Saint Louis, lit n° 9. Service de M. le professeur Fournier.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort à 42 ans d'une maladie inconnue. La mère âgée de 79 ans, n'est ni malade ni infirme.

Un frère mort tout jeune de méningite, deux sœurs mariées ayant des enfants bien portants.

Antécédents personnels. — Le malade ne donne pas de renseignements précis sur son enfance. Il aurait eu des convulsions, aurait uriné au lit jusqu'à 8 ans.

Il se marie en 1887. Sa femme devenue enceinte six fois, n'a jamais fait de fausses couches. Le deuxième enfant est mort né, le troisième est mort à 4 ans et demi de la maladie bleue, les quatre autres sont bien portants.

S..., a été sujet aux durillons jusqu'à 32 ans, ils ont disparu vers cette époque.

Le 10 décembre 1899, sans cause appréciable, il fait une phlébite gauche diagnostiquée par un médecin. Elle avait été précédée de crampes et de fourmillements.

Après 35 jours de repos, le malade reprend son travail, mais la jambe gauche n'est pas complètement guérie, la moindre fatigue détermine un œdème considérable.

Elle est le siège de taches rouges occupant le tiers moyen dans ses parties antérieures et externe.

Vingt jours plus tard, dans le commencement du mois de février, les taches rouges devenues noirâtres ont formé des cloques qui ont percé. Il s'est ainsi formé quatre à cinq petites ulcérations. Le malade n'ayant pas reçu de traumatisme, les attribue à la fatigue.

Ces ulcérations, n'étant pas soignées, deviennent bientôt confluentes et le malade ne pouvant plus travailler rentre à l'hôpital le 16 mai.

Etat actuel. — Rien du côté du cœur, des poumons, de l'appareil urinaire. Les articulations sont normales. Les taches purpuriques de la jambe gauche mises de côté, on ne trouve pas trace d'éruptions sur le corps. Quelques plaques de pelade remontant au mois de juillet 1899, dues probablement à la contagion.

Les yeux, les oreilles, les dents ne présentent aucune particularité. L'interrogatoire démontre que l'individu n'est pas syphilitique.

Les jambes ne sont pas le siège de varices superficielles, elles n'ont jamais présenté les petits signes des varices profondes.

Pas de dystrophie unguéale.

L'ulcère est unique, nous le trouvons sur le tiers moyen de la jambe gauche, occupant la face antéro-externe. Il a la forme grossière d'un hexagone mesurant trois travers de doigt de haut sur deux de large.

Les angles sont émoussés, les côtés sont constitués par une série de cercles coalescents. Les bords sont un peu décollés, à liseré blanchâtre, ils surplombent le fond, dont le plan est situé à deux ou trois millimètres au dessous du plan des parties avoisinantes. Ce fond n'est pas bourbillonneux, certains points sont recouverts d'une pellicule blanchâtre, tandis que les autres parties sont franchement bourgeonnantes.

Sur le pourtour de l'ulcération, on voit des taches semblables au purpura, elles s'étendent sur une zone de trois centimètres environ, les plus centrales sont les plus sombres.

Les sensibilités au tact et à la douleur sont très bien conservées, la sensibilité thermique n'est même pas modifiée. Cet ulcère n'est pas douloureux.

Les réflexes sont conservés, celui de la jambe gauche est exagéré.

L'ulcération a été traitée par des compresses boriquées.

Le malade sort le 3 juin complètement guéri. On ne voit plus qu'un petit bourgeon entouré d'une surface cicatricielle brunnâtre.

OBSERVATION XII. — (Personnelle)

Ulcères phlébitiques. (Phlébite puerpérale. Ni syphilis, ni varices).

La nommée R. G..., 46 ans, femme de ménage. Vient à la Policlinique de l'hôpital Saint-Louis le 15 juin 1900.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort à 60 ans d'une fluxion de poitrine. La mère est morte vers 60 ans des suites d'un accident.

Notre malade a un frère de 50 ans et une sœur de 53 ans, bien portants. Une pneumonie a enlevé un autre de ses frères à l'âge de 32 ans.

Pas de syphilis, pas de varices, pas d'ulcères dans la famille.

Antécédents personnels. — R. G..., a marché à 12 mois et a eu la rougeole dans son enfance. Les règles apparues à 12 ans, ont toujours été très régulières.

Mariée à 28 ans, elle a eu l'année suivante une petite fille à terme actuellement bien portante.

Douze jours après ses couches, une phlébite gauche s'est déclarée. Elle a duré trois mois et la marche a été difficile pendant les quatre mois qui ont suivi.

L'interrogatoire permet d'affirmer que les veines de la jambe gauche n'étaient pas variqueuses.

La malade n'avait jamais ressenti de crampes, de fourmillements, jamais elle n'avait remarqué le plus léger œdème. Ce n'est que depuis cette époque que la jambe gauche est devenue malade, la moindre fatigue détermine un œdème considérable.

Cinq mois après le début des accidents, il s'est développé une ulcération dans le tiers inférieur de la jambe dans la région

antéro-externe. Quatre semaines de repos au lit ont été nécessaires pour la guérison.

A 31 ans : 2^e grossesse, enfant venu à terme meurt de la rougeole à 1 an.

A 34 ans : 3^e grossesse, enfant venu à terme et vivant.

A 36 ans : 4^e grossesse, enfant à terme, mort de la rougeole à 18 mois.

A 43 ans : 5^e grossesse, enfant à terme, vivant.

Pendant ces grossesses, il n'y a pas eu de récurrences de phlébite, la jambe gauche toujours malade a passé par des alternatives d'ulcération et de guérison.

Il y a trois semaines, la partie inféro-interne de la jambe gauche est devenue rouge, puis noirâtre et s'est enfin ulcérée. La malade croit avoir reçu un coup, mais elle ne peut préciser.

État actuel. — R. G. est bien constituée. Elle n'a jamais eu de migraines, ni d'épistaxis. Rien de particulier du côté des appareils circulatoire et respiratoire.

Sur le corps, il n'y a pas trace d'éruptions ou de cicatrices. Pas d'hémorroïdes, pas de varices, pas de dystrophie unguéale.

La jambe gauche présente deux ulcères.

1^o Un peu au dessus du cou du pied, dans la région antéro-externe, on voit une large surface ulcéreuse en voie de réparation. Le fond bourgeonnant est au niveau des parties avoisinantes, le liseré cicatriciel tend à le recouvrir.

2^o Au-dessus de la malléole interne on voit un autre ulcère, orbiculaire, ayant les dimensions d'une pièce de cinq francs. Les bords réguliers, arrondis, non décollés surplombent le fond qui est rouge et bourgeonnant. Ça et là quelques filaments de mucus le font paraître grisâtre en certains points. La zone périphérique douloureuse et rougeâtre se confond avec la dermite indolore qui avoisine l'ulcère du côté opposé.

La sensibilité au tact et à la douleur ne sont pas modifiées.

La sensibilité thermique est pervertie.

L'ulcère présente des douleurs spontanées.

Les réflexes de la jambe gauche sont exagérés, tandis que ceux de la jambe droite sont normaux.

24 juin. — La malade se soignant chez elle, n'a pas été revue à la consultation.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

Ulcère phlébitique (Ancienne fièvre typhoïde. Ni syphilis ni varices)

H. D..., 38 ans, garçon boucher. Entré le 28 avril 1900. Hôpital St-Louis, salle St-Louis, lit n° 8, service de M. le professeur Fournier.

Antécédents héréditaires. — Les parents sont vivants. Le père âgé de 69 ans n'a jamais été malade et n'est pas variqueux. La mère âgée de 64 ans a eu un érysipèle dans son enfance. A 26 ans, à la suite de couches, elle aurait eu une phlébite. Treize ans après, un petit bouton survenu à la jambe gauche aurait été le point de départ d'un ulcère.

Il doit récidiver souvent car la malade est souvent obligée de s'aliter. Il nous a été impossible de savoir si elle a des varices.

Notre malade a un frère de 42 ans bien portant ; un autre frère est mort à 31 ans, probablement de néphrite aiguë.

Antécédents personnels. — Il n'a jamais été malade dans sa jeunesse. Pas d'épistaxis, ni de migraines. A vingt huit ans, il fait une fièvre typhoïde pour laquelle il est soigné pendant trois mois à la maison Dubois. Quelques jours après sa sortie de l'hôpital, une phlébite se déclarant à la jambe gauche, le malade s'alite de nouveau pendant un mois.

Il reprend son travail sans être complètement guéri.

Depuis cette époque, dit-il, les jambes n'étaient plus les mêmes qu'auparavant, tous les soirs elles enflaient au niveau des chevilles, la jambe gauche était plus lourde que la droite. Malgré cela il continue son travail et n'abandonne pas son état de boucher.

Il se marie à 32 ans et n'a qu'une petite fille qui meurt à 2 ans 17 jours, de méningite.

Un an plus tard, il aperçoit une petite plaque rouge à la jambe gauche, il n'en préoccupe pas, ne la soigne pas. Sous l'influence des frottements du pantalon, dit-il, elle s'est ulcérée. H. D. rentre à l'hôpital Cochin ; pendant 8 jours, il est soigné avec des pansements humides. Il en sort amélioré et continue le même traitement chez lui pendant une dizaine de jours. L'ulcération guérit et ne laisse qu'une tache.

Il y a cinq mois l'ulcère s'est de nouveau développé sur cette tache, sans cause connue du malade. Il continue son travail, mais bientôt obligé à l'abandonner, il rentre à l'hôpital Saint-Louis le 28 avril 1900.

Etat actuel.—La jambe gauche présente, dans le tiers inférieur, antéro-externe, un large placard érythémateux de forme ovale mesurant 18 centimètres dans le plus grand diamètre et 14 dans le plus petit. Il est le siège de plusieurs ulcérations circulaires. Les unes situées au centre sont réunies et forment un ulcère polycyclique assez grand, occupant la majeure partie du placard ; les autres situées au-dessus et au-dessous tendent à se réunir avec l'ulcère central. Les bords ne sont pas boursoufflés, ils ne sont pas taillés à pic, mais un peu décollés. Le fond franchement bourgeonnant, de coloration rouge, produit une sécrétion peu abondante, peu fétide. Les surfaces avoisinantes érythémateuses s'étendent de deux centimètres environ autour des ulcérations, constituant une zone de dermite douloureuse. La sensibilité à la chaleur et au tact n'est pas modifiée.

L'hypéresthésie est marquée sur le pourtour de l'ulcération et sur le fond.

Ces lésions mises de côté la jambe gauche est normale, il n'y a pas de varices, les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont aussi faciles que du côté droit, le tibia n'est pas

hypérostosé. Pas de dystrophie unguéale. Les réflexes sont exagérés du côté gauche.

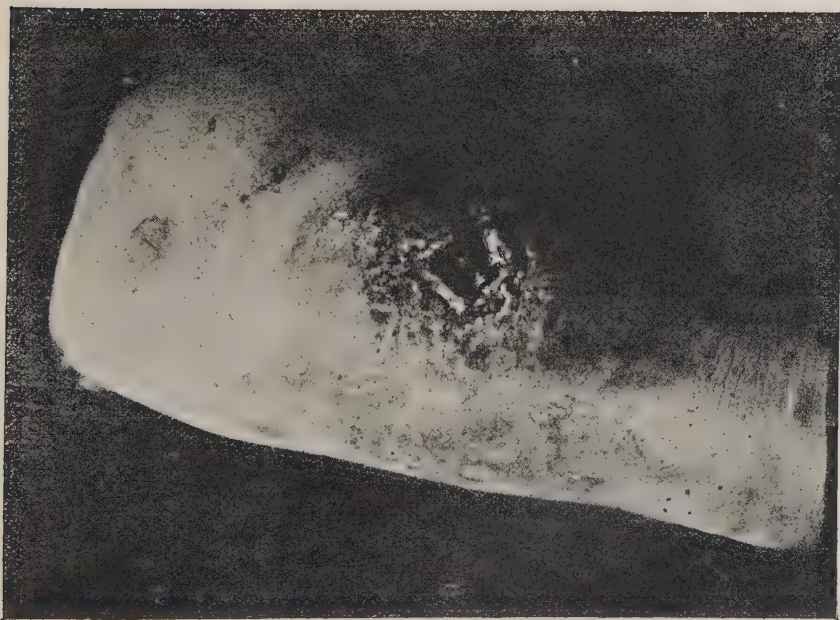
L'interrogatoire et l'examen ne permettent de trouver aucun signe de syphilis soit héréditaire, soit acquise.

L'auscultation du cœur et des voies respiratoires ne donne aucun bruit anormal, les artères ne sont pas athéromateuses, le pouls n'est pas dur.

Rien à signaler du côté de l'appareil digestif et de l'appareil urinaire

Les ulcères ont été soignés avec des compresses d'eau bori-quée.

Au bout de 12 jours, le malade a voulu sortir. Il était bien amélioré, des bourrelets épidermiques avaient fait disparaître les ulcères périphériques, l'ulcère central avait diminué de plus de la moitié.



Laboratoire du Dr Gastou.

Cliché Manto

IV. Observation. M. L..., 18 ans.

Ulçère phlébitique à la suite d'une pneumonie.

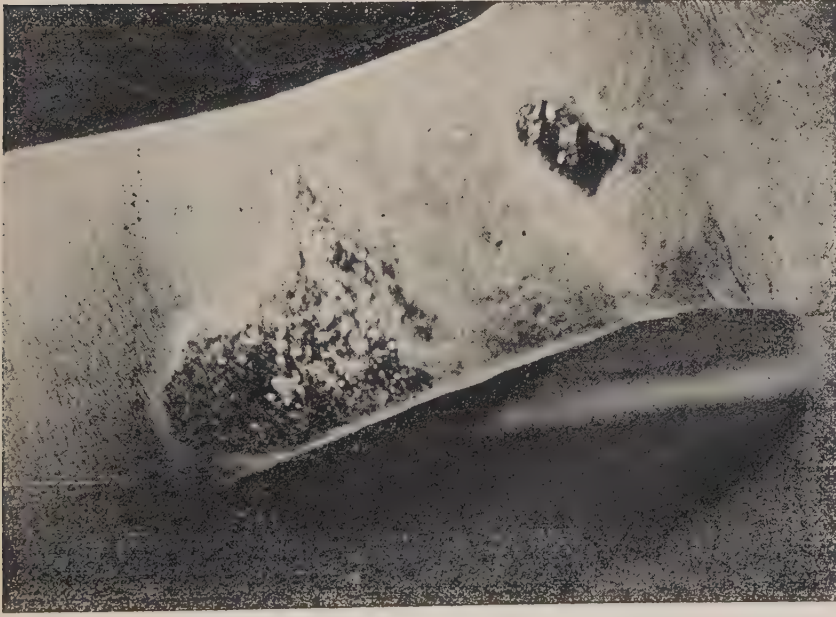


Laboratoire du Dr Gastou.

Cliché Manto

Policienne. 15, XII, 96. V., 39 ans, marchand de vin.

Ulçères phlébitiques de la jambe droite.



Laboratoire du Dr Gastou.

Cliché Manto

VII• Observation. F. D..., 22 ans, domestique.
 Ulcères phlébitiques de la jambe gauche
 après une fièvre typhoïde.



Laboratoire du Dr Gastou.

Cliché Manto

VI• Observation. S. B..., 22 ans, journalière.
 Ulcère phlébitique de la jambe gauche après une fièvre typhoïde.



CONCLUSIONS

1° Dans toutes les infections, au premier rang desquelles se placent la fièvre typhoïde et l'infection puerpérale, on peut observer des complications veineuses.

2° La phlébite des grosses veines (phlegmatia alba dolens) et surtout la phlébite des petites veines peuvent entraîner des ulcères dans un temps plus ou moins éloigné.

3° Indépendants des varices, de la syphilis et des autres causes connues, ils doivent être différenciés des ulcères étudiés par les auteurs et des ulcères phlébitiques vari-

M. Proust.

4° La phlébite infectieuse étant leur cause efficiente, M. le professeur Fournier, se basant sur cette étiologie, les a dénommés ulcères phlébitiques.

5° Ils relèvent de la même pathogénie que les autres troubles trophiques phlébitiques. Sous l'influence des troubles circulatoires et nerveux, une cause déterminante quelconque devient leur point de départ.

6° Leur symptomatologie et leur évolution spéciales

permettent de ne pas les confondre avec les autres ulcères de la jambe.

7° D'un pronostic généralement bénin, ils sont parfois sujets aux récidives et deviennent alors d'une chronicité désespérante.

8° En dehors de l'antisepsie, il n'y a pas de prophylaxie vraiment efficace. Le traitement médical suffit dans la grande majorité des cas. Les autoplasties et les greffes ne seront indiquées qu'en présence de larges pertes de substance.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
FOURNIER.

Vu : LE DOYEN,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
LE VICE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARNOZAN. — Varices consécutives à une phlébite (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1881-1882, p. 585). (Soc. méd. et chir., 2 juin 1882. Comptes rendus, p. 255-260).
- AUZILHON. — Introduction à l'étude de l'ulcère simple. (Mémoire couronné par la Soc. méd. et chir. prat. de Montpellier). (Paris-Montpellier, 1869).
- BOINET. — Ulcère phagédénique du Tonkin (*Annales de dermatologie*, 1890-1891).
- BOYER. — *Traité des maladies chirurgicales*. (t. II, p. 365, Des Ulcères).
- A. BROCA. — Etude clinique sur quelques lésions cutanées des membres variqueux (*Thèse de doctorat*, 1886).
Phlébite variqueuse (*Revue de chirurgie*, 1889).
- CARTAZ. — Ulcères de jambe chez les albuminuriques (*France médicale*, p. 289, 1877).
- CORMIER. — Syphilides ulcéreuses simulant l'ulcère variqueux, (*Thèse de doctorat*, 1897).
- FOLLIN. — *Traité élémentaire de pathologie externe* (t. I, p. 121, Ulcères).
- A. FOURNIER. — Syphilides gommeuses (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, Paris, 1874, n° 29).
Des syphilides tertiaires (in *Gaz. des hôpitaux*, 1887, n° 37, 40, 41, 44, 49).

Ulcère de jambe méta-typhique (*Com. à la Soc. de dermatologie*. Séance du 10 mars 1892).

Diagnostic de l'ulcère syphilitique et de l'ulcère variqueux, (*Clinique* du 25 mai 1900).

FRADET et LEGRAIN. — Ulcère de Madagascar (*Ann. Derm.* 1886).

GASTOU. — Ulcères phlébitiques non variqueux (*Ann. de Derm., Presse Méd., Semaine Méd.*, 1897).

GAUVIN. — Etude sur l'étiologie des ulcères de jambe (*Thèse*, Paris, 1883).

GÉRARD. — Pathogénie des ulcères variqueux (*Thèse*, 1885-1886).

GILSON. — Ulcérations, Ulcères (*Nouv. Dict. de Méd. et de chir.*, t. xxxvii, p. 51, 1885).

HALLOPEAU et LEREDDE. — Art. Ulcères (*Dermatologie*).

JACQUET. — Note sur la pathogénie des ulcérations trophiques de la peau (*Ann. Derm.*, 1892).

JEANSELME. — De l'ulcère de jambe, des lésions qui le précèdent et de celles qui le suivent (*Gaz. des Hôp.*, Paris, 1888).

KLIPPEL. — Des altérations des nerfs périphériques dans les œdèmes chroniques, la phlegmatia alba dolens et l'œdème expérimental (*Arch. de Médecine*, 1889, p. 5 et 186).

LANCERAUX. — *Traité de l'herpétisme*, Paris, 1883).

LYOT. — Art. Ulcères (*Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. i).

MARCANO. — Ulcères de jambes entretenus par une affection du cœur (*Progrès médical*, 1875, p. 28).

MARINCO. — Accidents consécutifs aux phlébites (*Thèse* Paris, 1894).

MIRPIED. — Des ulcères syphilitiques du membre inférieur et en particulier de l'ulcus elevatum tertiaire. (*Th.*, Paris, 1882).

MOTY. — Ulcère annamite (*Ann. de Derm.* 1896).

ÖETTINGER. — Phlébite (*Traité de Médecine Bouchard Brissaud*, t. v).

PALLENC. — Ulcère simple (*Thèse*, Montpellier, 1867).

QUÉNU. — Etude sur la pathogénie des ulcères variqueux (*Revue de chirurgie*, t. II, p. 877-897, 1882).

Phlébite et varices (*Traité de chirurgie*, t. II).

RECLUS. — Ulcères (*Traité de chirurgie*, t. I).

Des hypérostoses consécutives aux ulcères rebelles de la jambe (*Progrès médical*, 1879, p. 993).

RIGAUD. — Thèse d'agrégation en chirurgie (Paris 1839).

SAPPEY. — Ulcérations et ulcères (*Thèse d'agrégation en chirurgie*, Paris, 1847).

SCHREIDER. — Pathogénie des ulcères idiopathiques de la jambe. (*Thèse de doctorat*, Paris, 1883).

SCHWARTZ. — Phlébite et varices (*Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. IV).

SÉJOURNET. — Modifications de la sensibilité thermique dans quelques ulcères (*Thèse*, Paris, 1877).

TERRIER (JAMAIN et). — *Manuel de pathologie chirurgicale* (3^e éd. 1877, t. I, p. 181 et 508-517).

THIBIERGE. — Tuberculose ulcéreuse de la peau (*Traité de médecine Bouchard, Brissaud*, t. III).

TROISIER et DECLoux. — Phlébite de jambe consécutive à une angine à streptocoque (*Presse méd.*, 1898).

VERNEUIL. — Du siège réel et primitif des varices des membres inférieurs (*Gaz. hebd. méd. et chir.* 1855, II, p. 811 et *Gaz. méd.*, Paris, 1855, p. 524).

Note sur les varices profondes de la jambe, envisagées à un point de vue clinique : symptomatologie, diagnostic et traitement de cette affection (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1861, p. 428-446).

Note sur l'ulcus elevatum tertiaire (*Gaz. hebd. méd. et chir.* Paris, 1877, 10 janvier, p. 39).

VAQUÉZ. — Phlébite des membres (*Cliniques de la Charité*, 1894).

Phlébite (*Manuel de médecine*, t. II).

WIDAL. — Phlébite (*Traité de médecine*, Brouardel, Gilbert, t. VI).



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
